Voir résumé français à la fin du numéro.

TOM XI. **ZESZYT I.** **1928 R.**

NEUROLOGJA POLSKA

ORGAN WARSZAWSKIEGO TOW. NEUROLOGICZNEGO

REDAKTOR: **J. KOELICHEN.** WYDAWCY: **W. JARECKI i T. JAROSZYŃSKI.**

Adres Administracji: plac Trzech Krzyży 4/6. Konto P. K. O. Nr 8020.

NEUROLOGJA POLSKA

TOM XI. ZESZYT I. 1928 R.

PRZYCZYNEK DO SYMPTOMATOLOGJI ROPNIA SKRONIOWEGO

podał

S. GOLDFLAM.

O homolateralnym bólu oczu.

Tak zwane nieme okolice mózgu przestają coraz bardziej być niememi. Do nich należał również prawy płat skroniowo-klinowy; wszak *Bruns*, *Oppenheim* radzili stawiać rozpoznanie guza tego płata mózgu przy dłuższej obecności objawów ogólnych i braku ogniskowych objawów mózgowych. Dzięki całemu szeregowi badaczy (od Knappa do Schwaba) [1]) nasze kliniczne wiadomości znacznie się rozszerzyły. Tak więc potrafił szczególnie *Mingazzini* podzielić płat skroniowy na cztery pasy i dla każdego z nich opracował specjalną topodjagnostykę. Mimo niezaprzeczalnych postępów, powiada *G. Artom* [2]) rozpoznanie umiejscowienia guzów płatów skroniowych wogóle, a prawostronnego w szczególności jest trudnem zadaniem i jeszcze teraz opisują przypadki utajone.

Może jeszcze gorzej przedstawia się sprawa ropni płatów skroniowych, szczególnie prawostronnego. W ostatniem wydaniu podręcznika *Oppenheima* czytamy, że rozpoznanie tego cierpienia mózgu związane jest z dużemi trudnościami. *Körner* [3]) twierdzi, że rozpoznanie ropnia mózgu pochodzenia usznego z reguły jest trudne, a często niemożliwe. Każdy więc przyczynek do tego rozdziału należy powitać z uznaniem.

---

[1]) Zur Diagnose der Schläfenlappen tumoren. Dtsch, Zeitschr. f. Neurol., Tom 84, zeszyt 1—3.

[2]) Die Tumoren des Schläfenlappens. Arch. f. Psych. 1923, Tom 69.

[3]) Lehrbuch der Ohren, Nase, — und Kehlkopfkrankheiten 1920. Też w pracy jego: Die otitischen Erkrankungen des Hirns 1908, IV Wyd.

Pragnąłbym wskazać na jeden objaw, który, o ile mi wiadomem jest, nie był uwzględniany w symptomatologji ropni płatów skroniowych i na który szczególną zwracam uwagę, a mianowicie wczesny udział n. trójdzielnego w sprawie chorobowej, zwłaszcza jego I-ej gałązki i stąd ból w oku po stronie guza.

Przy guzach płata skroniowego niema ani jednego prawie nerwu czaszkowego, któryby przy okazji nie uległ schorzeniu. Dość często spotkać można według *Artoma*, uszkodzenia czuciowej części n. trójdzielnego, a mianowicie przeważnie po stronie guza. Neuralgja I-szej gałązki umieszczana jest nawet przez *Schupfera*[1]), w szeregu objawów guza płata skroniowego, na 13 miejscu.

Przy ropniach móżdżku spotkać można m. in. bóle i przeczulicę w obrębie n. trójdzielnego, osłabienie odruchu rogówkowego, porażenie po tej samej stronie m. żwaczy wskutek ucisku na most i rdzeń przedłużony.

Przy ropniach płatów skroniowych wspominają autorzy o udziale n. trzeciego i szóstego. Porażenie homolateralne n. okoruchowego ma dość często występować i zdobyło tak, jak przy guzach tej okolicy (*Knapp, Oppenheim*), duże znaczenie rozpoznawcze (*Körner*). Nie bywa ono zwykle całkowite—schorzeniu ulegają po większej części włókna przeznaczone dla zwieracza źrenicy oraz dla powieki górnej — i tłumaczy się ono uciskiem na nerw ze strony powiększonego płata. O objawach ze strony n. trójdzielnego nikt nie wspomina.

W ciągu ostatnich lat miałem sposobność obserwować nie małą liczbę ropni płatów skroniowych pochodzenia usznego dzięki uprzejmości kol. *Lublinera*, prof. *Erbricha* na ich oddziałach oraz w prywatnej praktyce; zwróciłem uwagę, że, obok bólów głowy, chorzy skarżą się na ból w oku po stronie schorzenia usznego, a nawet, że ten ostatni ból co do intensywności przewyższa pierwszy i nieraz stanowi jedyną skargę pacjenta. Niekiedy ból obejmuje całą pierwszą gałązkę n. trójdzielnego, tak więc słychać skargi na ból w nasadzie nosa, na bocznych powierzchniach nosa, dokoła oczodołu.

Wewnątrzczaszkowe komplikacje spotyka się przeważnie po stronie schorzenia usznego, które zwykle bywa jednostronne. Jeżeli ostatnie jest obustronne, wtedy niekiedy niełatwo określić, po której stronie jest powikłanie, zwłaszcza jeżeli brak objawów ogniskowych. Za drogowskaz służy między innemi szczególnie lokalizacja bólów.

Ból głowy jest jednym z pierwszych i najbardziej stałych objawów ropnia płatu skroniowego. Umiejscowiony on jest zwykle po stronie rop-

---

[1]) Cyt. u *Artoma*.

nia, a zwłaszcza dookoła ucha, skroni, ze szczególną zaś częstością występuje w czole, w tem miejscu stwierdzić się daje wrażliwość przy opukiwaniu. Znaczenie tego objawu ogranicza fakt, że towarzyszy on większości innych komplikacji mózgowych pochodzenia usznego, jak zapaleniu opon mózgowych, ponad i podtwardówkowemu ropniowi, zakrzepowemu zapaleniu zatok żylnych, a nawet samemu zapaleniu ucha, zwłaszcza ostremu szczególnie, jeżeli przytem zajęte są części kostne.

Nie tak wieloznaczącym zdaje się być ból w okolicy I-ej gałązki n. trójdzielnego jak wykażą niektóre historje chorób. Przytaczam tu nie wszystkie, w których ból ten występował, lecz te, które ciekawe są i pod innymi względami.

K. biuralista, 36 lat, przyjęty na oddział kol. *Lublinera* 23.X.1923. Przed 2 tygodniami przechodził zapalenie migdałów. 13.X dokonano poza szpitalem przekłucia prawej błony bębenkowej z opróżnieniem ropy. Wysoka ciepłota, ból w prawym wyrostku sutkowym zniewoliły do podjęcia dn. 25 X antrotomji, przyczem komórki powietrzne okazały się wypełnionemi ropą. T^0 spadła do $36^0,5$, lecz stan ogólny nie poprawiał się, chory narzekał na silne bóle w prawem oku; niebawem staje on się apatycznym, zamroczonym zjawiają się lekkie objawy oponowe, jak Kernig, tętno 60; płyn mózgowo-rdzeniowy jest przezroczysty, zawierał 0,2 proc. białka, Nonne-Apelt+, wykazuje nieznaczną limfocytozę, jest jałowy. 25 X dokonano drugiej operacji, przyczem zdjęto tegmen tympani.

Zewnętrzna powierzchnia opony twardej okazała się zmienioną, w głębokości 5 cm. wydobyto 50 cm^3 krwawej ropy z prawego płatu skroniowego. Po zabiegu bóle oka zmniejszyły się i nawet chwilowo znikły. Jak czerwona nić ból ten w obrębie I-ej gałązki n. trójdzielnego ciągnie się poprzez cały zmienny przebieg choroby.

15.X. Choremu było już lepiej. Wtem ostatniej nocy obudził go nader silny ból nad lewem okiem, w samem oku tem oraz w prawej połowie czoła. Ból ten jeszcze trwa. Chory wymiotował. Również i dziś lewa źrenica okazała się szerszą niż prawa i oddziaływa słabo na światło i zbieżność. Granice tarczy lewego n. wzrokowego są nieco zatarte.

17.XI. Przy opatrunku opróżniono około 20 cm^3 gęstej ropy. Ból w prawem oku trwa. T^0 niekiedy normalna. Tętno 66. Źrenice równe, choć wąskie.

22.XI. Wciąż narzeka na bóle w prawem oku. Po stronie lewej wyraźna tarcza zastoinowa. Nieznaczna niemota pamięciowa (amnestyczna) i parafazja. (Pacjent nie jest mańkutem).

24.XI. Ból w prawem oku jest mniejszy. Pacjent, zdaje się, nie uświadamia sobie swych zaburzeń mowy.

27.XI. Pacjent nie odczuwa prawie żadnych bolów. Prawy odruch podeszwowy $<$ od lewego ($=$ zginanie wszystkich palców).

1.XII. Obfite ropienie. Mimo to narzeka na bóle głowy z prawej strony oraz w prawem oku; wystąpiły wymioty, stale bez gorączki, nieznaczne zamroczenie. Nieznaczna niemota pamięciowa trwa, lewy odruch podeszwowy słaby, prawy nieokreślony, między zginaniem a prostowaniem.

8.XII. Pogorszenie wkrótce ustąpiło. Ból w prawej połowie głowy oraz w prawem oku ulega wahaniom, w zależności od zatrzymywania się lub większego odpływu ropy. Psychicznie zupełnie przytomny, lewy odruch podeszwowy $=$ silnej fleksji wszystkich palców, po prawej stronie — tylko fleksja ostatniego palca lub odruch nieokreślony.

19.XII. Wydzielanie ropy zatrzymało się. Stan się pogorszył, wymioty, ból w prawej połowie czoła oraz w prawem oku. Niemota pamięciowa, parafazja trwa, daje się zauważyć również nieznaczna niemota zmysłowa. Również granica pr. tarczy nerwu wzrokowego nieco zatarta, lewy odruch podeszwowy $<$ prawego, lewy odruch kolanowy $>$ prawego, po stronie lewej słaby stopowstrząs.

22.XII. Po opróżnieniu się większej ilości ropy, nastąpiło polepszenie.

31.XII. Od wczoraj pogorszenie; nie mógł spać wskutek bólu głowy, który zlokalizowany jest teraz w prawej skroni oraz w prawej okolicy ciemieniowo — potylicznej. Wymioty.

1.I.1924. Opróżniło się wiele ropy. Stan lepszy.

8.I. Chociaż ropa odpływa obficiej, jednak chory narzeka na bóle w prawem uchu oraz w prawej połowie głowy. Na tarczy lewego oka widoczne plamy białe oraz małe wylewy krwawe; po stronie prawej wyraźna tarcza zastoinowa. Zaburzenia mowy jak poprzednio.

31.I. Od dłuższego czasu poprawa postępuje, chory spaceruje, nie skarży się na bóle głowy. Mowa i rozumienie mowy dobre. Objawy zastoiny na dnie oczu mniejsze.

6.II. Nie zmieniano opatrunku od paru dni; prawdopodobnie w związku z tem nastąpiło pogorszenie, zjawiły się znowu bóle w prawej połowie głowy, w prawem oku oraz wymioty, objawy te zmniejszyły się niebawem po zmianie opatrunku. Objawy zastoiny wciąż ustępują, w lewem oku widoczne lekkie odbarwienie wskutek zaniku.

9.II. Jeszcze narzeka na bóle w okolicy prawej połowy czoła oraz w prawem oku. Ślady zaburzeń mowy. Czytanie i pisanie prawidłowe.

14.II Ostatniej nocy wystąpiły silniejsze bóle z prawej strony w kości ciemieniowej, czole i oku oraz wymioty. Tętno 66, T-o wciąż normalna.

20.II. Poprawa postępuje. Nieznaczna niemota pamięciowa i parafazja trwają.

25.II. Narzeka, iż gorzej widzi lewem okiem, przedmiotowo nie daje się to stwierdzić, zależne to jest prawdopodobnie od sugestji wskutek częstszego badania tego oka. W oku lewem lekki zanik po zapaleniu n. wzrokowego, w oku prawem — przekrwienie, granice zlekka zatarte.

15.III. Od pewnego czasu narzeka na bóle w kończynach dolnych przy chodzeniu, niekiedy znów na bóle głowy. Prawy n. wzrokowy wydaje się być normalnym, lewy n. wzrokowy zlekka zanikły.

11.IV. Dotychczas pacjent czuł się dobrze. Dziś rano wystąpiły nagle bóle w prawej połowie kości czołowej. T^0 37. Po opatrunku, podczas którego opróżniło się wiele ropy, nastąpiło polepszenie.

22.IV. Od paru dni odpływa przy opatrunku mało ropy, silny ból w czole z prawej strony. Wymioty, leży w łóżku. T^0 normalna.

3.V. Poprawa trwa, lekki ból w czole. Lekka niemota pamięciowa jeszcze daje się zauważyć. Nieznaczne zmiany w lewym n. wzrokowym.

20.V. Ból w czole z prawej strony niewielki. Niema śladu afazji. Również na dnie lewego oka zmiany minimalne.

2.VI. Gdy się nie zmienia codziennie opatrunku, chory narzeka na lekki ból w prawej połowie czoła oraz w prawem oku. Prawy odruch podeszwowy zdaje się = 0, lewy = zginanie.

30.VI. Opuszcza oddział. Jeszcze narzeka na lekki ból w prawej połowie głowy oraz dokoła prawego ucha. Granice lewej tarczy n. wzrokowego są jeszcze zatarte. Oddziaływanie źrenic dobre.

15.VII. Chory przychodzi codziennie do szpitala na opatrunki. Ból w prawej połowie czoła oraz w prawem oku — nieznaczny.

23.VII. Zmiany na tarczy l. n. wzrokowego — minimalne.

17.IX. Róża o lekkim przebiegu, która wystąpiła dookoła rany, nie wpłynęła zupełnie na wyzdrowienie.

18.X. Rana jest zamkniętą. Dno oczu normalne.

Wyzdrowienie mogłem stwierdzić jeszcze 29.VIII.1925. Niekiedy skarży się na bóle głowy bez stałej lokalizacji, raczej o charakterze neurastenicznym.

Ból w prawem oku stanowił w tym przypadku jeden z pierwszych i dominujących objawów prawostronnego ropnia skroniowego pochodzenia usznego. Nawarstwiał się on na bóle o wszelkiej innej lokalizacji, do tego stopnia, że na właściwe bóle głowy i uszu chory mało się skarżył. Po operacyjnem opróżnieniu ropnia zmniejszył się ból w oku, nawet czasowo zupełnie ustąpił, aby niebawem znowu powrócić, a mianowicie w widocznej zależności od zatrzymywania się wzgl. utrudnionego odpływu ropy. W dalszym przebiegu przeważnie słyszymy narzekania na ból w prawej połowie czoła oraz w prawem oku; intensywność bólu tego zmieniała się naskutek

wspomnianych tylko co okoliczności. Częściej zjawiało się nasilanie się tych bólów, któremu towarzyszyły wymioty, zwolnienie tętna i t.d., gdy ropa z nieznanych przyczyn się zatrzymywała (uchyłki?). Do podwyższenia t° nigdy prawie nie dochodziło. Po wielu miesiącach (6—8), gdy nastąpiło już zdecydowane polepszenie, sam pacjent uświadamiał sobie tę zależność i nalegał na codzienną zmianę opatrunku. W dalszym przebiegu choroby umiejscowienie bólu nie było przestrzegane tak ściśle; obejmował on bardziej prawą połowę głowy, ale i wtedy przeważnie występował w prawej połowie czoła i w prawem oku. Ból ten obecny był prawie do zupełnego zagojenia się rany po 11 miesiącach, chociaż występował z znacznie mniejszą intensywnością i z wahaniami. Bóle głowy, na które niekiedy jeszcze po wyzdrowieniu chory narzekał, były rozlane, nietypowe i nosiły widocznie charakter neurasteniczny.

Ból ten ograniczał się zatem do części terenu, zaopatrywanego przez I-szą gałązkę n. trójdzielnego (oko, czoło); nie nosił on charakteru neuralgicznego, napadowego z wolnymi od bólów przestankami; był on raczej stały, aczkolwiek z wahaniami, te ostatnie zależne były od łatwiejszego lub utrudnionego odpływu ropy z jamy ropnia. Brak było punktów uciskowych, brak też było zaburzeń czucia lub odruchu rogówkowego. Ból ten zatem zawdzięczał swe powstanie nagromadzaniu się ropy w płacie skroniowym, który z tego powodu jak również wskutek obocznego obrzęku uległ powiększeniu; należy przyjąć, że dzięki tym okolicznościom wywierany był ucisk ze strony płata tego na I-szą gałązkę nerwu trójdzielnego w jego przebiegu w środkowej jamie czaszkowej; do sprawy tej powrócimy jeszcze niżej.

Prócz tych miejscowych stosunków uciskowych, obecność tarczy zastoinowej dowodzi, że w wypadku tym istniało wzmożone ciśnienie wśródczaszkowe. Tarcza zastoinowa była tu objawem kierowniczym, albowiem pozostałe objawy wzmożonego ciśnienia wśródczaszkowego, jak zawroty głowy, wymioty, zwolnienie tętna i t. d. były mało zaznaczone i nietrwałe. Wystąpiła ona dopiero około końca 2-go tygodnia po operacyjnem usunięciu ropnia, a mianowicie na lewej tarczy po stronie przeciwnej ognisku ropnemu, jako lekkie zatarcie jej granicy. W końcu 3-go tygodnia tarcza zastoinowa na tem oku była wyraźna. Dopiero w końcu 7-go tygodnia można było stwierdzić nieznaczne zmiany również i na prawej, homolateralnej tarczy. Zmiany powiększały się z obu stron. W połowie 10-go tygodnia na dnie lewego oka widoczne były białe plamy degeneracyjne, oraz małe wylewy krwawe, objawy zastoiny na prawej tarczy były wyraźnie zaznaczone. Brak było obniżenia siły wzroku oraz ograniczenia pola widzenia. W 13-ym tygodniu, gdy nastąpiła poprawa, odnotowano wyraźne

zmniejszenie się zmian na tarczach; lewa tarcza wykazywała lekkie odbarwienie zanikowe. Po upływie 5 tygodni prawa tarcza odzyskała normalny wygląd. Nastąpiła zupełna restitutio ad integrum.

Wygląd tarcz wzrokowych nie ulegał żadnym wahaniom, jak to miało miejsce z bólami oczu i głowy. Nie można było również stwierdzić jakiejkolwiek zależności jej wyglądu od łatwiejszego lub trudniejszego odpływu ropy z jamy abscesu. Przybór objawów odbywał się na obu tarczach nieprzerywanie; około 12-go tygodnia rozpoczęło się zmniejszanie się zmian na dnie oczu, które również trwało bez przerwy aż do zupełnego powrotu do normalnego wyglądu na prawej, jak i na lewej zlekka zanikowej tarczy. Przez cały czas zmiany w lewem przeciwległem oku były wyraźniejsze niż w prawem, przyczem różnica ta utrzymywała się przez cały czas.

Z opisu tego wynika, że tarcza zastoinowa nie mogła być spowodowana ani przez sam ropień, ani przez ucisk zwiększonego płatu skroniowego, ani też przez czynniki toksyczne, pochodzące z ropy. Zawdzięcza ona swe powstanie towarzyszącemu ropniowi wodogłowiu wewnętrznemu, które wymaga pewnego czasu, aby mogło się wytworzyć — stąd późniejsze wystąpienie tarczy zastoinowej. Mogło ono być wybitniejsze po stronie lewej przeciwległej niż po tej samej stronie. Nierzadko widać na sekcjach guzów mózgu, ropni, szczególnie płata skroniowego, jak również przy ventriculografji, że komora boczna przesunięta jest ku linji pośrodkowej i że jest znacznie węższą niż po stronie przeciwległej. W powyższym wypadku w rachubę wchodzi przedni róg lewej komory bocznej, uciskający wewnątrzczaszkową część n. wzrokowego i wywołujący objawy zastoinowe. Zresztą kwestję związku przyczynowego pomiędzy guzem wzgl. ropniem mózgu a wodogłowiem wewnętrznem oraz pomiędzytem ostatniem a tarczą zastoinową omówiłem w odnośnej swej pracy [1]).

Inny, niż to spóźnione wystąpienie tarczy zastoinowej początkowo w kontralateralnem oku, charakter nosi powiększanie się objawów zastoinowych na tarczach nieraz występujące w pomyślnych wypadkach po operacji. Oppenheim i Cassirer [2]) skłonni są przypisać to surowiczemu zapaleniu opon mózgowych.

Tarcza zastoinowa nie należy do regularnych objawów ropnia mózgu, nie jest ona tu tak częsta jak przy guzach, jednak znaleziony w moich przypadkach [3]) odsetek, dochodzący do 54, nie jest zbyt daleki od odsetka,

---

1) Über die Rolle des Hydroçephalus bei der Entstehung der intrakraniell bedingten Staungspapille. Schweiz. Arch. f Neurolog. u. Psych., Tom. XIII. Festschrift für Constantin v. Monakow.

2) Hirnabscess 1909

3) l. c.

podawanego dla guzów. Nierzadko rozpoczyna się ona na kontralateralnem oku; zazwyczaj jednak nie osiąga przy ropniu takiej intensywności, jak przy guzie; w powyższym przypadku była bardzo wyraźna na lewem kontralateralnem oku z białemi plamami zanikowemi oraz z wylewami krwawemi; w tem oku również wystąpiło nieznaczne następcze odbarwienie zanikowe, które później znikło.

Ze strony źrenic brak było stałych i charakterystycznych zaburzeń. W pierwszych dniach po operacji (12 dni po wkropleniu atropiny) lewa źrenica była szersza od prawej, obydwie zaś nie reagowały ani na światło, ani na zbieżność. Później oznaczam reakcję, jako zmniejszoną. Po paru tygodniach źrenice były jednakowe, miernie wąskie, następnie znowu prawa < lewej, później znowu jednakowe, przyczem oddziaływanie było dobre podczas całej choroby.

Gdy w lewem oku wystąpiły wyraźne objawy zastoinowe, zauważono około 8-go tygodnia powoli zjawiające się bez jakichkolwiek burzliwych oznak, lekkie zaburzenia mowy w postaci nieznacznej niemoty pamięciowej i parafazji, z których początkowo pacjent jakgdyby nie zdawał sobie sprawy. W dalszym przebiegu zaburzenia te przybierały na sile; po miesiącu dołączyła się również lekka niemota zmysłowa i porozumienie się z chorym z pomocą mowy było niezmiernie utrudnione. Umiejętność czytania i pisania zachowana była przez cały czas. Największego natężenia zaburzenia mowy osiągnęły jednocześnie ze zmianami n. wzrokowych t. j. około 10 tygodnia, aczkolwiek nie można dojrzeć jakiegoś związku przyczynowego pomiędzy temi objawami. Wtedy rozpoczyna się poprawa, ale jeszcze po 5 miesiącach daje się stwierdzić lekka niemota pamięciowa, od tego czasu mowa staje się zupełnie prawidłową, chociaż na dnie oczu widoczne były nieznaczne zmiany. O zaburzeniach mowy można tak samo, jak i o tarczy zastoinowej powiedzieć, że nie ulegały one żadnym wahaniom, jak bóle oka i głowy: z początku przybierały, osiągnęły szczytu, aby następnie bez przerwy coraz bardziej ustępować.

W sprawie t. zw. crossed aphasia.

Jak wytłumaczyć zaburzenia mowy u praworękich przy prawostronnym ropniu płatu skroniowego? Zapewne, zaburzenia mowy nie pochodziły od umiejscowienia się ogniska ropnego w prawym płacie skroniowym, albowiem nie występowały one w czasie najwyższego rozwoju procesu i ujawniły się dopiero prawie w 8 tygodni po opróżnieniu ropnia. Również nie mogło być mowy o drugim ognisku ropnem w lewym płacie skroniowym nie tylko z powodu nader rzadkiego występowania podobnych spraw, ale też z powodu braku nowych gwałtownych objawów, jak porażenia, szczegól-

nie jednak z powodu zniknięcia zaburzeń mowy aż do restitutio ad integrum bez nowego zabiegu operacyjnego w okolicy lewego płatu skroniowego. Ta ostatnia okoliczność nasuwa z konieczności przypuszczenie, że lewy płat skroniowy u naszego praworękiego pacjenta upośledzony był w swych funkcjach na skutek procesu, dającego się usunąć bez zabiegu operacyjnego. Ten proces mógł wywołać ucisk na ośrodek mowy w I i II zawojach skroniowych i na drogi doń doprowadzające w istocie białej i był spowodowany przez wodogłowie wewnętrzne, a więc wskutek tej samej przyczyny, która pociągała za sobą powstanie tarczy zastoinowej. Na wspólny czynnik wywołujący wskazuje również równoległy przebieg tych dwóch szeregów zjawisk.

Mechanizm tego ucisku tłumaczymy sobie w sposób identyczny, jak wyżej powstanie tarczy zastoinowej w oku kontralateralnem. Przypuszczamy mianowicie, że wskutek powiększenia się prawego płatu skroniowego (nagromadzenie się ropy, oboczny stan zapalny i obrzęk) następuje przesunięcie się w lewo prawej bocznej komory wraz z jej spłaszczeniem oraz jednocześnie rozszerzenie się lewej, przez co, przy niepodatnej pokrywie czaszkowej, ta ostatnia wywiera ucisk na wzmiankowany wyżej ośrodek mowy w lewym płacie skroniowym.

Przypadki niemoty przy prawostronnym ropniu płatu skroniowego u praworękich uważają Oppenheim i Goldstein [1]) za nader niezwykłe. Chory Wittmacka z niemotą zmysłowo-pamięciową oraz parafazją [2]) był nawet daremnie operowany po lewej stronie mózgu, autopsja wykazała obecność ropnia prawego płatu skroniowego (pochodzenia usznego). *Heine i Oppenheim* [3]) obserwowali przy prawostronnym ropniu u praworękiego „afazję" optyczną, która ustąpiła po opróżnieniu ropnia. Według Lewandowskiego [4]) zdarzała się „crossed aphasia" t. j. zaburzenia mowy u praworękich również po ropniu w prawym płacie skroniowym. Jako „crossed aphasia" opisane zostało przez Bramwell'a [5]) porażenie prawostronne u mańkuta, któremu towarzyszyły zaburzenia mowy. Za „crossed aphasia" nie można uważać niemoty zmysłowej u mańkuta, opisanej w przypadku ropnia prawego płatu skroniowego przez *Sträusslera* [6]) *Kurt Mendel* bierze pod uwagę przy tłumaczeniu przypadków podobnych, jak również takich, które spowodowane

---

[1]) Lehrbuch VIII wydanie str. 1352.

[2]) Ein rechtsseitiger Schläfenlappenabscess mit Aphasie bei einem Rechtshander. Arch f. Ohrenh, Bd. 73, 1907.

[3]) Lehrbuch str. 1424

[4]) Handb d. Neurol., Bd. III, str. 210

[5]) Cyt u Kurt Mendel Neurol. Zentralbl. 1912-3

[6]) Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u Psych. 1912, IX

zostały przez schorzenia naczyniowe (rozmiękczenie, krwawienie) następujące trzy możliwości: 1) brak skrzyżowania piramid lub niedostateczny jego rozwój, 2) obecność obustronnych ognisk, 3) przewaga prawej połowy mózgu u praworękiego osobnika. Wszystkie te trzy możliwości wydają mi się, przynajmniej w przypadkach ze wzmożonem ciśnieniem wśródczaszkowem (ropnie, guzy), mniej prawdopodobnemi, niż przytoczona wyżej hypoteza o działaniu uciskowem na ośrodek mowy w lewym płacie skroniowym, wywieranem przez rozszerzoną komorę boczną po tej samej stronie przy usadowieniu się sprawy chorobowej w prawym płacie skroniowym.

Podobne działanie uciskowe na odległość na płat skroniowy za pośrednictwem wodogłowia wewnętrznego możliwe jest nie tylko przy schorzeniach (mamy tu na myśli ropnie) mózgowia; może ono towarzyszyć z łaje się również ropniom móżdżkowym. Tak przytacza Sittig [1]) dwa odpowiednie przypadki. Mańkut z ropotokiem z prawego ucha wykazywał za życia objawy niemoty pamięciowej i parafazji, sekcja ujawniła 2 ropnie w prawej półkuli móżdżkowej, wodogłowie wewnętrzne oraz spłaszczenie wszystkich zawojów. W drugim przypadku lewostronnego ropnego zapalenia ucha środkowego z napadami epileptycznemi, niemotą pamięciową i parafazją znaleziono podczas sekcji ropień w lewej półkuli możdżkowej. Obydwa te przypadki pozwalają wg. autora przypuszczać, że ropień możdżku wywierał poprzez namiot móżdżkowy (tentorium cerebelli) ucisk na płat skroniowy po tej samej stronie, powodując objawy ze strony płatu skroniowego. Mógłbym dodać do tego, że czynnika działającego należy i w tych przypadkach szukać w wodogłowiu wewnętrznem.

Jeżeli, jak w naszym przypadku, przy powstawaniu początkowo jednostronnej tarczy zastoinowej oraz zaburzeń mowy, mamy do czynienia z uciskiem ze strony rozszerzonej lewej komory bocznej na lewy płat skroniowy, to dziwnem jest, że nie było tu wzmożonego ucisku na torebkę wewnętrzną, czego dowodziłby brak objawów porażennych. Również i zaburzenia ze strony odruchów nie były zbyt wyraźne, a poniekąd nawet sprzeczne ze sobą. 27.XI. oraz 8.XII, czyli w 4 do 6 tygodni po operacji, podanem jest, że pr. odruch podeszwowy = O wzgl. był znacznie słabszy od lewego (zgięcie wszystkich palców), 3 i 19.XII — pr. górny odruch brzuszny < lew. a więc do pewnego stopnia słabe objawy zaburzeń prawych dróg piramidowych. Pod tą samą datą czytamy, że lewy odruch kolanowy > prawego, po lewej stronie słaby stopopląs, coby wskazywało na zaburzenia lewych dróg piramidowych. Odruchy patologiczne nigdy nie występowały; niezadługo

---

[1]) Schläfenlappensymptome bei Kleinhirnabscess. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 1923, Tom 87, zeszyty 4—7.

po operacji odnotowano z obu stron objaw Rossolimo, a mianowicie l. > pr., niestety, nie śledziłem dalej za tym objawem; skądinąd, np. przy zapaleniu opon mózgowo—rdzeniowych z następczem wodogłowiem u dzieci, wiem, że tu niekiedy występuje Rossolimo bez jednoczesnego Babińskiego, możliwe, że stanowi to wyraz nieznacznego ucisku, wywieranego przez wodogłowie wewnętrzne na pewne, dotąd niedokładnie zdeterminowane pęczki.

O kurczach przy ropniach płatów skroniowych.

Kurcze, występujące przy ropniach mózgu, można podzielić na wczesne i późniejsze. W przypadku *Glücka* [1]) wystąpiły w 11 miesięcy po operacji bóle głowy i padaczka, a na miejscu dawniejszego ropnia znaleziono torbiel, po opróżnieniu i usunięciu której nastąpiło wyzdrowienie. W przypadku *Bacona* [2]) wyleczenie nie było zupełne, gdyż w długich odstępach czasu zjawiały się napady epileptyczne. Operowana przez *Sonnenburga* [3]) z powodu ropnia płata czołowego pochodzenia nosowego pacjentka zachorowała po 17 latach na padaczkę [4]).

Ogólne drgawki o charakterze padaczkowym mogą według *Oppenheima* występować każdej chwili, nie stanowią jednak objawu stałego. Najczęściej występują u dzieci przy ropniach móżdżku. U 10-letniego chłopca miałem możność obserwować ropień płatu czołowego pochodzenia urazowego, który rozpoczął się od ogólnych drgawek. Przy przerywaniu się ropnia do komór drgawki ogólne są zjawiskiem stałem.

To, że przy ogniskach ropnych w sferze ruchowej mogą występować drgawki o typie Jacksonowskim jest samo przez się zrozumiałe. Drgawki ograniczają się niekiedy przy ropniu płatu skroniowego do skrzyżowanej połowy ciała, mogą jednak objąć i całe ciało (Körner [5]).

Niżej przytaczam obserwację ropnia lewego płatu skroniowego, godną opublikowania i z tego względu, że napady padaczkowe występowały na długo przed opróżnieniem ropnia, następnie zmieniły swój charakter i poprzedzane były przez swoistą aurę.

L. 28 lat, szewc, przyjęty na oddział kol. Lublinera 27.X.1923. Cierpi od dzieciństwa na ropotok z lewego ucha nie powodujący żadnych dole-

---

[1]) Cyt. u Oppenheima, Lehrb. str. 1364.

[2]) Tamże.

[3]) Tamże.

[4]) Miałem teraz możność zbadania 53-letniego chorego, operowanego przez kol. Kenigsteina przed 13 laty z powodu ropnia lewego płatu skroniowego pochodzenia usznego, zachował on tylko nieznaczną niemotę pamięciową, która nie przeszkadza mu jednak zajmować się interesami.

[5]) Die otitischren Erkrankungen 1908. IV Wyd. str. 153.

gliwości, który niekiedy wstrzymuje się. Podczas sprzeczki uderzony został pięścią w okolicę czołowo-skroniową. Przed 4 tygodniami odnowił się ropotok uszny; wystąpiły bóle głowy, szczególnie silne w l. oku, oraz wielokrotne wymioty. Z początku istniało przez pewien czas podwójne widzenie, spowodowane porażeniem lewego nerwu odwodzącego. Niebawem dołączyła się niemota pamięciowa, która zmusiła do podjęcia zabiegu operacyjnego dn. 29.X. Podczas operacji usunięto z l. płatu skroniowego 30 cm.^{3} gęstej, zielonkawej ropy.

13.XI. Dominującym, zakłócającym sen objawem jest ból w lewem oku oraz dookoła jak również w kierunku lewego ucha. Niekiedy tylko znika on na krótki czas.

15.XI. Ból ustąpił. Pr. źrenica > lewej.

27.XI. Poprawa trwa. Tętno 110.

29.XI. Tętno 90. Chodzi. Odr. podeszwowe = fleksja plantarna palców.

9.II.1924. Chory przez cały czas czuł się dobrze, opuścił szpital, przychodził regularnie na opatrunki, gdy nagle wczoraj popołudniu poczuł się gorzej, stracił mowę, usiłował w pierwszych chwilach porozumieć się z pomocą rąk, stracił wtedy przytomność, którą odzyskał po 2 godzinach. Jednocześnie wystąpił ból głowy oraz ogólne rozłamanie, trwające jeszcze dziś. Według opowiadania siostry pacjenta, głowa jego skierowana była w prawą stronę, całe ciało znajdowało się w tonicznym skurczu wyprostnym, pr. kończyna górna zgięta, kolor twarzy blado-żółty; gdy chorego ułożono poziomo, pr. kończyna górna zaczęła drgać, a na ustach ukazała się piana. Potem pacjent zasnął. Amnezja.

20.II. Pacjent przyjęty został ponownie na oddział kol. Lublinera. Tu wystąpił drugi napad: chory nagle stracił mowę, usiłował porozumiewać się z pomocą znaków mimicznych, stracił przytomność, wystąpiły ogólne drgawki z pianą na ustach, był blado-siny. Gdy po upływie ½ godziny odzyskał przytomność, mówił niezrozumiale, następnie zasnął. Po obudzeniu się narzekał na ogólne rozbicie.

7.II. Przez cały czas czuł się znośnie. Od paru dni ból w l. połowie czoła. Na dnie oczu zmian niema.

10.III. Wczoraj wystąpił typowy napad epileptyczny z utratą przytomności, piana na ustach, sinica, ogólne drgawki, trwające około ½ godziny. Na twarzy pozostały wybroczyny.

15.III. Wczoraj wiecz. T^0 37,4, pozatem stale stan bezgorączkowy. Ostatnią noc spędził źle, ból w l. okolicy ciemieniowo-czołowej, bolesnej również przy opukiwaniu. Gdy mówi, z trudnością odnajduje odpowiednie wyrazy, nie nazywa prawidłowo zwykłych przedmiotów (nieznaczna niemota

pamięciowa) nieraz nawet nie potrafi dobrze powtórzyć tego, co słyszy, zdaje się, że nie wszystko rozumie. Dno oczu normalne.

17.III. Wczoraj miał miejsce napad o lżejszym charakterze: przytomności nie stracił, nie mógł jednak mówić z powodu, jak potem twierdził, silnego szumu w głowie i zależnej od tego utraty słuchu na prawe ucho. Dziś czuje się dobrze. Podczas opatrunku odchodzi ropa w ilości umiarkowanej.

23.III. Byłem obecny podczas takiego lżejszego ataku, chory nagle traci zupełnie mowę, nie potrafi wydobyć ani jednego słowa. Zdaje się, że nie rozumie, co się do niego mówi, wydaje się jednak, że jest przytomny; usiłuje porozumieć się z pomocą znaków mimicznych; wskazuje palcem na głowę, l ucho, lewą połowę czoła i l. oko, jest bladawy; tętno 100, źrenice miernie wąskie, na światło oddziaływują słabo. Po około 4 min. nieco się poprawił, potrafił wymówić parę słów, niektóre niewyraźnie, oddziaływanie źrenic lepsze, tętno 60. Gdy chorego widziałem po raz drugi po $1^1/_4$ godz., stan jego był znowu dobry; zdawał sobie sprawę ze wszystkiego, co się z nim stało i twierdził, że jest zupełnie głuchy z powodu szumu w prawem uchu i czaszce; obawiał się wystąpienia drgawek.

29.III. Wczoraj miało miejsce 8 podobnych napadów. Teraz jestem zdaje się obecny przy końcu jednego z takich napadów: pacjent nie jest jeszcze w stanie dobrze się wysłowić i nazywać przedmioty, również i rozumienie mowy nie jest bez zarzutu; dziś już nie twierdzi, że szum w głowie jest przyczyną napadu; czytanie, powtarzanie modłów dobre. Ból w przedniej części głowy oraz w oczach.

31.III. Dziś rano wystąpił podobny napad. Gdy chorego widziałem po paru godzinach było mu już lepiej; na twarzy widoczne było przekrwienie, narzekał na silne bóle głowy, przyczem wskazywał na oczy, szczególnie na lewe.

1.IV. W nocy i dziś rano miał po jednym napadzie. Teraz około południa, po zmianie opatrunku, przy którym wydzieliła się cuchnąca ropa z gazami, czuje się lepiej. Szumu w prawem uchu nie ma, w l. uchu szum trwa bez przerwy.

2.IV. Widocznie nastąpiło otwarcie drugiego ropnia wzgl. uchyłka w pobliżu dawnego, obecnie bowiem przy opatrunku wydziela się obficie ropa, zgłębnik zaś przechodzi głęboko w innym niż poprzednio kierunku, do wewnątrz ku górze. Dziś rano wystąpił napad, teraz pacjent czuje się lepiej. Ból głowy w czole i w lewem oku mniejszy.

5.IV. Wczoraj chory miał zły dzień; napady utraty mowy powtarzały się częściej. Dziś czuje się lepiej, ale narzeka w dalszym ciągu na ból

w l. części czoła i w l. oku. Tętno 54. Wyraźna obustronna tarcza zastoinowa, źrenice dość wąskie, l. < pr., na światło oddziaływują.

7.IV. Szum w obu uszach dolega bardziej niż ból głowy. Ból głowy chory umiejscawia w lewej okolicy czołowo-ciemieniowej oraz w l. oku. Tętno 54. T° wciąż normalna. Ropa dobrotliwa, biała i gęsta.

9.IV. Chory czuje się lepiej. Tętno 70—80. Skargi na bóle w lewej połowie czoła i w l. oku — mniejsze.

11.IV. Dziś z powodu szumu w uszach chory źle słyszy i nie wszystko rozumie, co się do niego mówi.

12.IV. Dokoła tarczy l. n. wzrokowego widać obecnie wylewy krwawe.

22.IV. Ropa przed paru dniami znowu zawierała gazy; badanie bakterjologiczne wykazało obecność paciorkowców i gronkowców. Znowu miał przez parę minut szum w uszach, przyczem źle słyszał i nie mógł mówić.

29.IV. Poprawa trwa. Obfite wydzielanie się dobrotliwej ropy.

3.V. Stan dobry. Dno oczu normalne.

10.V. Wczoraj wystąpił znowu atak: ból głowy z lewej strony oraz w lewem oku, na twarzy przekrwienie, nie słyszy nic, nie może mówić, ani też nie rozumie, co się do niego mówi. Pacjent uzależnia szum w głowie (w przedniej jej części) od głębokości opatrunku. Dziś czuje się lepiej.

23.V. Poprawa stale trwa. Dno oczu normalne. Ropa wydziela się obficie wraz z gazami. Kanał rany zbliznowaciał na przestrzeni ok. 5 cm.

25.V. Wczoraj przez ½ godziny trwał ból w l. części czoła wraz ze słabym szumem, chory słyszał jednak, rozumiał wszystko i sam mówił.

14.VI. Poprawa wciąż trwa. Wczoraj, jak twierdzi pacjent, miał znowu miejsce napad. Jak opowiada pielęgniarka, chory był zupełnie pozbawiony mowy, próbował porozumieć się z pomocą znaków mimicznych, śmiał się przytem; trzeba było do niego głośno mówić, gdyż słyszał źle; odczuwał podobno szum i zamęt w głowie. Po ½ godz. znowu czuł się dobrze. Obecnie ma szum w l. uchu.

6.VII. Chory coraz lepiej się czuje, narzeka jednak na bóle w l. połowie czoła.

23.VII. Przed 3 dniami miał przez cały dzień silny lewostronny ból głowy, szczególnie w l. części czoła oraz w lewem oku. Onegdaj znowu miały miejsce trzy krótkotrwałe napady silnego szumu w głowie i w uszach, przyczem nic nie słyszał, lecz mógł mówić. Dziś znowu czuje się dobrze.

L. opuścił szpital, przychodzi tylko na opatrunki.

20.IX. Rana zagoiła się; niekiedy miewa lekki, szybko przemijający ból w l. części czoła.

Następnie widziałem pacjenta 11.VI r. 1925. Podawał on wtedy, że w końcu r. 1924 dostał w nocy podczas snu napadu z zupełną amnezją.

Żona opowiadała, że był zupełnie siny i miał pianę na ustach. W dziesięć dni potem wystąpił ponowny atak, podczas którego miały podobno miejsce prawostronne drgawki. Następnego dnia czuł się dobrze. Ostatni atak z przed paru tygodni pacjent opisuje, jak następuje: Dnia tego odwiedził swego znajomego, nagle poczuł szum w głowie, przyczem słuch znacznie się przytępił, pozostał zupełnie bez mowy, potrafił jedynie dać znak, że pragnie wypić, usiłując w ten sposób ukryć swe cierpienie przed obcymi, niebawem jednak zastanowił się nad tem, że napad może się rozegrać na ulicy, powrócił więc do pokoju, położył się na łóżku, poczem stracił przytomność. Według opowiadań obecnych podczas napadu miały u chorego wystąpić wtedy kurcze wyprostne i sinica. Gdy się obudził mógł dopiero po niejakimś czasie przypomnieć sobie pierwszą fazę ataku Pomijając występujące codziennie parę razy, zresztą lekkie, bóle w lewej połowie głowy i twarzy (dokoła lewego oka, lewej połowy nosa, lewych zębów), czuje on się zdrowym, pracuje jako szewc podobno 16 godzin na dobę. Objektywnie stwierdza się tkliwość lewej połowy czaszki przy opukiwaniu.

16.VII. Przyjmuje nieregularnie ok. 2,0 Br., czuł się znośnie, pracował. Od niedawna stan chorego pogorszył się, nie może pracować, gdyż niezwłocznie występuje ból głowy; żyje w nędzy, źle się odżywia, bardzo schudł.

30.VII. W ubiegłym tygodniu w przeciągu jednego dnia miał bóle w lewej połowie głowy i w l. oku z uczuciem drętwienia w całej lewej połowie ciała; następnego dnia mógł z powrotem zabrać się do pracy. Przed 4 dniami, gdy obudził się bardzo wcześnie, zdziwił się, widząc, że żona stoi obok niego. Okazało się, że w nocy miał napad, zdaje się ogólnych drgawek. Tegoż dnia dostał nagle zawrotu głowy, nic nie mógł mówić, stracił wtedy przytomność i podobno miał drgawki. Gdy obudził, się po ok. 10 minutach, nie był całkiem przytomny, miał ból głowy.

I.VIII. Przyjęty został ponownie na oddział dr. Lublinera. Podczas 4-tygodniowego pobytu w szpitalu nie miał ani jednego napadu. Podmiotowy stan był zmienny: niekiedy czuł się znośnie, niekiedy znów narzekał na ból w lewej połowie głowy, szczególnie w okolicy skroniowej, jednego razu nawet z wymiotami. T^0 przeważnie normalna, jednego razu — $37,4^0$, nazajutrz poniżej normalnej. Pacjent zauważył, iż napady występują, gdy nie ma bólu głowy, naodwrót gdy ma bóle głowy nie zjawia się napad. Jednak obserwacja kliniczna spostrzeżenia tego nie potwierdziła, przedmiotowe badanie nic nienormalnego nie stwierdziło, 6.300 leukocytów we krwi naczczo. Opuścił szpital z ogólną poprawą.

U młodego osobnika cierpiącego od dzieciństwa na ropotok z lewego ucha, który pozatem żadnych innych dolegliwości nie wywoływał, rozwinął

się w parę tygodni po uderzeniu pięścią w okolicę czołowo-ciemieniową, zespół objawów z niemotą pamięciową, który wskazywał na obecność ogniska ropnego w lewym płacie skroniowym. Jak w pierwszym z przytoczonych przypadków zapalenie gardła, tak w obecnym uderzenie pięścią spowodowało ostry wybuch drze niącego procesu ropnego w uchu środkowem, który miał spowodować jedną z najcięższych komplikacji. Ropień płatu skroniowego został opróżniony w czasie zabiegu operacyjnego, poczem niemota pamięciowa cofnęła się; ponowiła się ona przemijająco po 3½ miesiącach, gdy na skutek zatrzymania się ropy wystąpiło również nasilenie się innych objawów.

Wśród początkowych objawów również i tu wysuwa się na czoło obrazu chorobowego lewostronny ból głowy, szczególnie w lewem oku. Ten objaw odgrywa wśród podmiotowych wynurzeń pacjenta doniosłą rolę; trwa on również po otwarciu ropnia i wygasa dopiero po ok. 2 tygodniach. Najpierw zdawało się, że przypadek ten ma przebieg zupełnie zadawalniający, pacjent opuścił nawet szpital po 5 tygodniowej kuracji i zjawiał się regularnie na opatrunki. Wtem nagle, w końcu 3-go miesiąca, występuje atak epileptyczny, po którym niebawem zjawiają się inne, o czem będzie jeszcze mowa. Bóle głowy, szczególnie w lewej połowie czoła i w lewem oku, znowu się zjawiły, choć nie z taką siłą, jak na początku; znikają następnie na długi czas wraz z poprawianiem się stanu chorego, zjawiają się ponownie ze zmniejszoną siłą, ale jeszcze długo po wygojeniu się rany operacyjnej, co wymagało ok. 10 miesięcy, po upływie przeszło 1½ lat, słyszymy o lekkich bólach w l. połowie głowy i twarzy (dookoła lewego oka, l. połowy nosa, lewych zębów).

Ból więc i tu, przynajmniej w pierwszym okresie choroby, ograniczał się, jak w przypadku pierwszym, do I-ej gałązki n. trójdzielnego. Jeżeli nie osiągał on takiego nasilenia, jak w przypadku pierwszym, jeżeli wykazywał większe wahania i dłuższe przerwy, to jednak nosił w ogólnych zarysach ten sam charakter, co i tam. Nie przedstawiał więc typu neuralgicznego, nie występował przy ruchach języka i przy żuciu, nie występowały również w tym przypadku ani zaburzenia czucia ani też brak odruchu rogówkowego. Ból ten, przynajmniej w I-szym okresie swego rozwoju, znajdował się widocznie w związku z ogniskiem ropnem w lewym płacie skroniowym, wahania w sile bolów zależne były od łatwiejszego lub trudniejszego odpływu ropy z jamy ropnia lub też od tworzenia się uchyłku wzgl. nowego ogniska w sąsiedztwie. Tak więc i tu przyjąć należy, że ból ten zawdzięcza swe powstanie uciskowi powiększonego płatu skroniowego na I-szą gałązkę n. trójdzielnego w środkowej jamie czaszkowej (z powodu ogniska ropnego, obrzmienia, wywołanego stanem zapalnym substancji mózgowej oraz obrzęku). Czy ból, który w dalszym przebiegu, już po zabliźnieniu się ropnia, nie-

kiedy występował i obejmował nawet całą pierwszą gałązkę n. trójdzielnego a nieraz wykraczał poza nią przypisać trzeba temu samemu pochodzeniu, — jest wątpliwem.

W danym przypadku nawet po wygojeniu się ropnia sprawa jeszcze nie była załatwiona, gdyż po upływie 1½ roku pozostały jeszcze poważne objawy chorobowe. Polegały one na napadach, które z początku podobne były do padaczkowych, później zaś przybrały inną postać. Gdy pacjent znajdował się na drodze do wyzdrowienia, wystąpił nagle 9.II. 1924, a więc w 3 miesiące po operacji, napad, który był tak opisany: przy złem samopoczuciu występuje utrata mowy. Pacjent usiłuje z pomocą rąk porozumieć się, traci następnie przytomność, którą odzyskuje po 2 godzinach, przyczem jest ogólnie osłabiony i ma bóle głowy. Wg. opowiadania siostry chorego, głowa jego była skręcona w prawą stronę, całe ciało znajdowało się w tonicznym skurczu wyprostnym, następnie zaczęła drgać górna kończyna prawa, zaś na ustach ukazała się piana, pacjent zasnął; po obudzeniu się nie pamiętał II-go okresu napadu. Był to więc napad padaczkowy o charakterze Jacksonowskim, wyróżniający się tem, że rozpoczynał się od utraty mowy. Również i następny napad, który wystąpił po upływie 10 dni, rozpoczął się w ten sam sposób. Trzeci napad po dalszych 20 dniach, któremu towarzyszyły ogólne kurcze, pozostawił po sobie wybroczynki (ecchymosy) na twarzy, niedowładów żadnych chory potem nie miał. I ten napad był zupełnie typowy dla padaczki. Później przybrały napady te inną postać: rozpoczynały się od silnego szumu w głowie i w prawem uchu — w lewem operowanem uchu szum był stale, wzmógł się tylko teraz tak, że pacjent nic nie słyszał — równocześnie tracił on mowę, nie mógł wydobyć ani jednego słowa, był jednak przytomny, usiłuje porozumieć się z pomocą znaków mimicznych, wskazuje ręką na głowę, lewe ucho, lewą połowę czoła, lewe oko, jako siedlisko bólu, jest bardzo niespokojny, blady, tętno 100, źrenice są miernie wąskie, oddziaływują bardzo słabo na światło.

U szczytu atak trwa parę minut, następnie poczyna słabnąć, ale nawet jeszcze po upływie 1¼ godz. nie zupełnie mija. Takie napady niezawsze trwają tak długo i z taką siłą, zjawiają się również i lżejsze napady. Wreszcie stają się częstszemi, jednego dnia miało ich być aż 8. Wydawało się najpierw, że wraz z postępującą poprawą ilość i siła napadów zmniejsza się, wzgl. że przynajmniej wielkie napady zniknęły. Tymczasem te ostatnie po dłuższej przerwie znowu się zjawiają, jeszcze 1½ roku po operacji, przyczem występują zarówno w nocy, jak i we dnie. Te napady dominują nad innymi objawami Pacjent słusznie się ich obawia. Do pracy nie jest zupełnie zdolny, gdyż, gdy tylko się do niej zabiera, zjawiają się bóle głowy.

Jeżeli wielkie napady różnią się od lżejszych ciężkiemi objawami, jak

utratą przytomności i kurczami, to jednak jasnem jest, że znajdują się z ostatniemi w blizkim związku. Podczas lżejszych napadów stwierdzono również złe oddziaływanie źrenic oraz bladość twarzy. Charakterystycznym jest początek z silnym szumem w głowie i uszach, tak, że pacjent staje się zupełnie głuchym, przyczem występuje kompletna niemota ruchowa. Objawy te znikają bez śladu po napadzie i wskazują, że punktem wyjścia napadu jest płat skroniowy i jego najbliższe otoczenie. Omamy słuchowe były niekiedy opisywane przy guzach płatu skroniowego, kilkakrotnie dochodziło do napadów kurczów bez zaburzeń świadomości, rozpoczynających się aurą słuchową — szumami, świstem w uchu po stronie chorej (Oppenheim). Nasz przypadek dowodzi, że aura słuchowa może występować również przy ropniu płatu skroniowego.

Pacjent nigdy przedtem nie chorował na padaczkę. Napady te są widocznie pochodzenia odczynowego i znajdują się w związku przyczynowym z ropniem umiejscowionym w lewym płacie skroniowym. Fakt, że napady te noszą charakter Jacksonowskich, dowodzi ich organicznego pochodzenia, tak więc mowa jest o drgawkach w przeciwległej kończynie górnej, a nawet o drgawkach prawostronnych. Wprawdzie na początku napady się nie zjawiają, lecz dopiero po upływie przeszło 3 miesięcy od chwili opróżnienia ropnia, ale przypadają one na okres pogorszenia się stanu chorego; usprawiedliwionem tedy jest przypuszczenie, że albo obok pierwotnego ropnia powstał nowy, albo też, że wytworzył się uchyłek, z którego nie może odpłynąć zawartość ropnia. Czem jednak spowodowane są napady obecne po już dawno dokonanem zagojeniu się ropnia, trudno orzec. Istnieje wiele możliwości. Punktem wyjścia może być blizna po ropniu — zdarza się to nader rzadko, obserwowano również w takiem miejscu torbiele, które nawet operowano, jak we wspomnianym na wstępie przypadku *Glucka*. Niezbyt prawdopodobną jest hypoteza, że pomimo wygojenia się powstał uchyłek, lub też wytworzył się nowy ropień; do pewnego stopnia przemawiałoby za tem zanotowane raz jeden, podczas ostatniej obserwacji szpitalnej, nieznaczne wahanie ciepłoty z zaznaczoną nazajutrz podgorączkową t^0; przeciw temu zaś przemawia brak leukocytozy we krwi.

Istnieje również możliwość, że w miejscu ropnia powstał nowotwór; przypadki takie należą do rzadkości, jednak czasem się zdarzają, jak dowodzi przytoczony niżej przypadek. W każdym razie dalszy los pacjenta budzi wątpliwości, chwilowo brak dostatecznego wskazania do podjęcia ponownego zabiegu operacyjnego.

Pod datą 30.VII.1925 zaznacza się, że pacjent pewnego dnia, obok bólu w lewej połowie głowy i w lewem oku, odczuwał drętwienie w całej lewej połowie ciała. Wobec tego że sensacje te umiejscowione były po tej

samej stronie, po której znajdował się ropień i tylko raz jeden chory na to narzekał, nie należy im przypisać jakiegokolwiek znaczenia. Należy dodać, że pacjent wystąpił z powództwem sądowem przeciwko sprawcy uderzenia i prawdopodobnie skłonny był do przesady.

I w tym przypadku ciśnienie wśródczaszkowe przez długi czas było wzmożone, czego dowodzi tętno (54), szczególnie zaś obustronna tarcza zastoinowa z wybroczynami po stronie lewej; wystąpiła ona w parę miesięcy po operacji, gdy zaznaczyło się pogorszenie stanu chorego prawdopodobnie wskutek powstania innego ropnia obok poprzedniego. Przemawia za tem nie tylko nasilenie się poprzednich dolegliwości, bólów, ukazanie się nowych objawów, jak napady padaczkowe, lecz również i to, że jednego dnia zaczęło się wydzielać wiele ropy, a zgłębnik przy opatrunku przechodził w innym niż poprzednio kierunku. Nie jest też wykluczone, że do wzmożenia ciśnienia wśródczaszkowego przyczyniło się wytwarzanie się gazów w ropie, o czem niejednokrotnie już wspominano; wytwarzającego gaz zarazka nie zdołano wykryć; przy badaniu bakterjologicznem stwierdzono tylko obecność paciorkowców i gronkowców [1]). Tarcza zastoinowa rozwinęła się nie natychmiast po wystąpieniu pogorszenia, lecz po wielu tygodniach, prawdopodobnie po dołączeniu się wodogłowia wewnętrznego; cofnęła się ona szybko wraz z wystąpieniem poprawy; po miesiącu tarcze n. wzrokowych można było uważać za prawidłowe.

W historji choroby podano, że na początku obok bólu w lewem oku chory miał podwójne widzenie, zależne od porażenia m. prostego zewnętrznego. Porażenie to było tylko przejściowe i zaraz po operacji minęło. N. odwodzący jest, jak wiadomo, bardzo wrażliwy; częsty udział jego w rozmaitych sprawach chorobowych nie pozwala wysnuwać żadnych wniosków ani co do rodzaju, ani co do lokalizacji procesu chorobowego. W tym przypadku można raczej przypuszczać, że porażenie n. odwodzącego zawdzięcza swe powstanie wspomnianemu już czynnikowi, a mianowicie uciskowi zwiększonego płatu skroniowego na nerw, podczas jego przebiegu w fałdzie opony twardej w bocznej ścianie zatoki jamistej.

Przez cały czas choroby aż do wyzdrowienia ciepłota była rzadko podwyższona tak, jak w przypadku I-ym i jak to często bywa przy ropniach mózgowych, tylko raz jeden odnotowano wieczorem t^0 $37{,}4^0$.

Chory ten od dzieciństwa cierpiał na ropotok z lewego ucha nieznanego pochodzenia; było to niewinne cierpienie, które nie powodowało za-

[1]) Rychlik (cyt. u Oppenheima, Lehrbuch S. 1347) znalazł w jednym przypadku pienistą, cuchnącą siarkowodorem ropę, w której wykrył pałeczki zgorzeli gazowej Fraenkla.

dnych dolegliwości u pacjenta. Dopiero uderzenie pięścią przekształciło je w ciężkie, brzemienne w skutki schorzenie. Niebawem wystąpiło nasilenie się ropnego zapalenia ucha środkowego i już po upływie 4-ch tygodni ukazały się objawy ropnia lewego płatu skroniowego. Na podstawie mego doświadczenia, mogę powiedzieć, że urazowi w tym wypadku należy przypisać doniosłe znaczenie. Miałem sposobność widzieć powstanie ropnego zapalenia ucha środkowego dwukrotnie u poprzednio zdrowych osobników po uderzeniu pięścią; u naszego chorego najpierw nastąpiła perforacja błony bębenkowej, do której później przyłączyło się zakażenie ucha środkowego. Jeszcze częstsze winny być wypadki nasilenia się, powstałego z innej przyczyny, zapalenia ucha środkowego po uderzeniu pięścią w ucho lub po urazie głowy. Wewnątrzczaszkowe komplikacje uszne, szczególnie mam tu na myśli ropień mózgu, dołączają się zarówno do ostrego, jak i do przewlekłego ropotoku ucha środkowego. Według mego doświadczenia, szczególną skłonność do tego posiadają nasilające się wskutek urazu ropne zapalenia ucha środkowego. Możliwe też jest, że wskutek urazu głowy powstaje locus minoris resistentiae, gdzie łatwiej osiadają zarazki [1]).

Wystąpienie zaburzeń mowy po urazie u praworękiego, cierpiącego na przewlekły lewostronny ropotok uszny, pozwala słusznie, jak widzieliśmy przypuścić powstanie ropnia płatu skroniowego. Jednak nie zawsze to się zdarza: wymagana jest pozatem obecność niektórych czynników przedwstępnych, jak pewnej złośliwości cierpienia usznego z obwodową perforacją. W razie obecności perlaka, próchnicy, uraz musi spowodować pogorszenie i t. d. Objawy ogniskowe ze strony lewego płatu skroniowego mogą, na skutek urazu, przy istniejącem cierpieniu usznem, zawdzięczać swe powstanie innym okolicznościom, np. krwawieniu, jak to ilustruje następujące spostrzeżenie, wskazujące również, iż w takich wypadkach nie należy się zbytnio śpieszyć z podjęciem zabiegu operacyjnego.

40-letni stolarz M. W. cierpi od 3-ch lat na lewostronny ropotok uszny z nawrotami. Cierpienie to nie sprawia mu żadnych dolegliwości nawet wtedy, gdy zazwyczaj bardzo nieobfite ropienie się zatrzymuje; słuch u chorego jest zachowany, nieco tylko przytępiony. Przed pewnym czasem kolega wymierzył mu cios pięścią w potylicę, przyczem lewą połową głowy chory uderzony został o mur. Niezwłocznie nastąpiła utrata przytomności, wymioty, ciepłota podniosła się do 38^{0}. Po trzech dniach sprowadzono go

---

[1]) Dickie. (A contribution to the study of brain abscess. Ref. Zentr. f. d. ges. Neurolog. u Psych. XXXII str. 164) posuwa się do tego, że uważa, iż przy istniejącem zapaleniu ucha środkowego dołączający się uraz, nawet operacja wyrostka sutkowego, może doprowadzić do powstania ropnia mózgu.

w tym stanie na oddział dr. Lubelskiego. Natychmiast dokonane nakłócie lędźwiowe wykazało płyn krwawy.

Widziałem pacjenta nazajutrz po przybyciu do szpitala dn. 5.IX.1925. Wątły i źle odżywiony, był bardzo zamroczony, sam nic nie mówił, na zapytania odpowiadał niezrozumiale, przeważnie nie rozumiał, co się do niego mówiło. Tyle tylko można było od niego wydobyć, że odczuwa ból w czole i w lewem uchu, których to miejsc dotykał się rękoma. Obecna była nieznaczna sztywność karku, Körnig—dodatni. Odruch brzuszny prawy słabszy od lewego, odruchy podeszwowe = zgięcie, przy drażnieniu wpoprzek u podstaw lewych palców następowało prostowanie palucha.

Specjalista chorób usznych dr. Karbowski stwierdził centralną perforację lewej błony bębenkowej oraz skąpy wyciek bez woni, wyrostek sutkowy przy ucisku był niebolesny.

8.IX T^0 wciąż powyżej 37, tętno 66, zamroczenie ustąpiło, mało się udziela otoczeniu, rozumie wszystko, co się do niego mówi. Odpowiada bądź prawidłowo, bądź też parafatycznie. Wykazuje nieznaczną niemotę pamięciową, dobiera sobie jednak prawidłową nazwę. Czytanie upośledzone. Mało zaznaczony, lecz wyraźny niedowład prawostronny. Prawy odruch kolanowy > lewego. Dno oczu prawidłowe, oddziaływanie źrenic dobre.

9.IX. Zaburzenia mowy znaczenie się wzmogły. Pacjent odpowiada na wszystkie pytania stereotypowo: „tak, tak". Nie rozumie nic, co się do niego mówi, nie potrafi odnaleść odpowiednich nazw pokazywanych mu przedmiotów nawet gdy je obmacuje, dobiera sobie jednak wśród wielu podawanych mu nazw prawidłową. Nawet powtarzanie upośledzone. Praksja zachowana. Stwierdzamy więc niemotę zmysłową, pamięciową i częściowo ruchową.

Ból w czole ustąpił, na ucho nie narzeka. Tętno 120. Chód prawidłowy.

10.IX. T^0 normalna, tętno 84. Zaburzenia mowy ustąpiły, naogół zauważa się, że natężenie tych zaburzeń zmienia się w ciągu dnia.

11.IX. Wieczorem t^0 — $37,^01$, rano $36,^06$. Tętno 120. Podczas nakłucia lędźwiowego wydobywał się płyn pod dużem ciśnieniem, przezroczysty, odczyn Nonne — Apelta bardzo słaby, zawierał 7 limfocytów oraz pojedyńcze ciałka czerwone.

12.IX. Po wczorajszem nakłuciu lędźwiowem nastąpiła znaczna poprawa. Rozumie wszystko, jeżeli nawet odpowiedzi nie zawsze są prawidłowe. Niemota pamięciowa również ustąpiła. Również objawy prawostronnego niedowładu są jeszcze mniej zaznaczone.

Naczczo ilość białych ciałek we krwi wynosi 8,000. T^0 powyżej 37,0, tętno 90.

14.IX. Poprawa postępuje naprzód, przekręca jeszcze niektóre słowa. T⁰ 37,0, tętno 90.

15.IX. Nie ma zaburzeń mowy, czyta dobrze. T⁰ 37,2, tętno 100. Pragnie pójść do domu.

18.IX. Prawy odruch kolanowy jeszcze jest żywszy od lewego. T⁰ normalna, tętno około 100. Ilość białych ciałek we krwi naczczo wynosi 8100. Na własne żądanie opuszczą szpital. Również dnia 21.X. stwierdzono, że chory znajduje się w dobrym stanie.

40-letni mężczyzna, od 3-ch lat mający skąpe lewostronne ropienie z ucha oraz centralną perforację błony bębenkowej przy zachowanym, lecz przytępionym słuchu, otrzymuje cios pięścią w potylicę i jednocześnie doznaje uderzenia o mur lewą połową głowy. Niezwłocznie następuje utrata przytomności, wymioty, gorączka do 38,0. W tym ciężkim stanie przywieziony został po 3-ch dniach do szpitala, gdzie stwierdzono lekkie zapalenie opon mózgowych, a nakłucie lędźwiowe wykazuje krwawy płyn.

W miarę odzyskiwania przytomności po nakłuciu lędźwiowem, ujawniają się zaburzenia mowy oraz nieznaczny prawostronny niedowład. Zaburzenia mowy dochodzą do najwyższego nasilenia 9.IX.1925, a więc po upływie około 7 dni po urazie; mamy przed sobą niemotę zmysłową, pamięciową, częściowo zaś i ruchową oraz aleksję. Ale już następnego dnia stwierdza się pod tym względem poprawę, jeszcze w większym stopniu ujawniającą się 9-tego dnia po II-giem nakłuciu lędźwiowem, które dało płyn bezbarwny, przezroczysty ze słabym odczynem Nonne—Apelta, 7 limfocytami oraz nielicznemi ciałkami czerwonemi krwi. W ciągu najbliższych dni zaburzenia mowy całkowicie ustąpiły wraz z objawami prawostronnego niedowładu. Gdy chory opuszczał szpital stwierdzono tylko, że prawy odruch kolanowy jest żywszy od lewego oraz nieznacznie wzmożoną akcję serca. Badanie krwi nie wykazuje leukocytozy. Poprawa trwa.

W tym przypadku wśród klinicznych objawów dominują przez długi czas zaburzenia mowy. Wobec tego, że rozwinęły się one widocznie w bezpośrednim związku w silnym urazem głowy u praworękiego z lewostronnym ropotokiem usznym, można było być skłonnym do przypuszczenia, że powstały one wskutek wytworzenia się ropnia w lewym płacie skroniowym, gdyż, jak wskazuje doświadczenie, ropnie takie często zawdzięczają swe pochodzenie powyższym okolicznościom. Nasuwają się jednak pewne wątpliwości, których nie można pominąć. Początkowo cierpienie uszne było dobrotliwe: centralna perforacja błony bębenkowej, skąpa bezwonna wydzielina, która nie sprawiała choremu dolegliwości nawet wtedy, gdy się zatrzymywała, brak próchnicy oraz perlaków. Po urazie nie nastąpiło zdaje się żadne pogorszenie w stanie uszu. Wprawdzie pacjent odczuwał

ból w uchu, ale ból ten nie był stały, przyczem ropienie nie było obfitsze, a wyrostek sutkowy nie był bolesny na ucisk.

Jeszcze bardziej zaważyło na szali to, że przy nakłuciu lędźwiowem płyn okazał się krwawym, objawy oponowe zależne były zatem nie od zapalenia ropnego opon mózgowych, komplikującego zapalenie ucha środkowego, lecz od podraźnienia, wywołanego przez krwawienie oponowe. To ostatnie spowodowane być mogło przez złamanie kości czaszkowych wskutek urazu, niestety nie dokonano zdjęcia rentgenowskiego. W każdym razie nie było krwawienia z nosa czy z uszu; wiemy zaś, że podobne krwawięnia po urazie wystąpić mogę również bez złamania kości czaszki.

Utrata przytomności, która wystąpiła niezwłocznie po urazie i trwała trzy dni, zawdzięcza widocznie swe powstanie natychmiast powstałemu krwawieniu oponowemu. Jest to objaw, którego zazwyczaj brak, jeżeli ropień tworzy się w okolicznościach wyżej omówionych.

Pomiędzy wystąpieniem ropnego zapalenia ucha środkowego lub nasileniem się tegoż, a objawami ropnego zapalenia mózgowia, mija zazwyczaj wiele miesięcy. W wyjątkowych tylko wypadkach odstęp ten jest krótszy. Wraz z kol. Karbowskim obserwowałęm przedtem zdrową kobietę, u której 4-go lub 5-go dnia po rozpoczęciu się lewostronnego ropnego zapalenia ucha środkowego wystąpiły zaburzenia mowy. W tym przypadku uderzał szybki rozwój niemoty, która osiągnęła najwyższego natężenia, jak i rozciągłości już 9-go dnia po urazie, przyczem zajęła tereny zazwyczaj przy ropniach płatów skroniowych nie tknięte, jak np. ośrodek mowy ruchowy. Godne są uwagi wahania zaburzeń mowy pod względem siły i rozmiaru nie tylko z dnia na dzień, lecz i w ciągu jednego dnia, przyczem zaburzenia bądź się wzmagały, bądź też się zmniejszały. Jest to objaw, którego przy ropniach nie obserwujemy. Zresztą stanowczo przeciwko ropniowi przemawiało szybkie, niezwłoczne i całkowite cofanie się zaburzeń mowy. Tylko przypuszczeniem ucisku wynaczynionej krwi na lewy płat skroniowy oraz na sąsiednie ośrodki mowy można wytłumaczyć szybkie występowanie zaburzeń mowy, ich rozmiar, zwłaszcza wahania oraz szybkie i zupełne cofanie się. Możliwem jest, że surowicze zapalenie opon, komplikujące krwawienie, przyczyniło się do tego; przemawiałoby za tem duże ciśnienie przezroczystego i mało zmienionego płynu podczas drugiego nakłucia lędźwiowego, po którem zaraz nazajutrz nastąpiła znaczna i stanowcza poprawa.

Tak więc dochodzimy do wniosku, że występująca u praworękiego z przewlekłym lewostronnym ropotokiem usznym po urazie niemota zawdzięcza swe powstanie nie tylko ropniowi zrazu skroniowego, lecz i krwawieniu oponowemu, wskutek którego krew nagromadza się w środkowej

jamie czaszkowej i stąd wywiera ucisk na ośrodki mowy. Jednak objawy towarzyszące, sposób rozwoju i przebieg sprawę niezwłocznie wyjaśniają. Znacznie trudniejszą byłaby rzecz, gdyby, wskutek urazu, u takiego osobnika doszło do krwawienia oponowego oraz do wytworzenia się ropnia; ja sam podobnej kombinacji nie obserwowałem i nie przypominam, abym znalazł to w piśmiennictwie.

Dwa te przypadki nie należą do jedynych moich spostrzeżeń ropni płatów skroniowych, w których ból oczu występował zupełnie w identyczny sposób. Reasumując, powiedzieć można, że ból oczu stanowi nierzadko wczesny objaw ropnia płatu skroniowego; występuje on zazwyczaj w towarzystwie bólu głowy. Ból ten umiejscawia się w gałce ocznej po tej samej stronie, niekiedy obejmuje całą pierwszą gałązkę n. trójdzielnego odpowiedniej strony, rozszerza się więc na boczną powierzchnię nosa, brwi; możliwe też, że ból w czole, na który tak często tacy chorzy narzekają, zależny jest od takiego czynnika. Ból oczu pod względem natężenia jest rozmaity, nieraz słaby, przelotny, nieraz znów silny, górujący nad bólami głowy, tak, że stanowi on jedyną skargę chorego. Jest to ból ciągły, trwający prawie bez przerw. W jednym nieprzytoczonym tu przypadku prawostronnego ropnia płatu skroniowego pochodzenia usznego u 19-letniego młodzieńca, oprócz samoistnego bólu oka, gałka oczna była bardzo bolesna przy dotyku; przypadek ten pomimo operacji zakończył się śmiertelnie. Ból ten ustaje lub zmniejsza się po usunięciu ropy. Niekiedy obecny jest podczas całego zmiennego przebiegu choroby, wzmagając się, gdy ropa się zatrzymuje, lub zmniejszając się, gdy ropa ma zapewniony odpływ; widziałem np. powiększanie się bólu, gdy opatrunek nie był codziennie zmieniany. W innym znowu przypadku ból w prawem oku ustąpił po opróżnieniu prawostronnego ropnia zrazu skroniowego pochodzenia usznego, powrócił jednak, gdy po 1½miesięcznem pozornem zdrowiu ropa znów się nagromadziła, aby cofnąć się po ponownem opróżnieniu ropnia; przypadek ten zakończył się śmiertelnie. Zależność bólu oczu od obecności ropy wzgl. od wzmożonego ciśnienia w jamie zrazu skroniowego wydaje się w ten sposób prawdopodobny.

Stany chorobowe, przy których występuje ból oczu. Mechanizm jego powstania przy ropniu płatu skroniowego.

Ból ten oczu nie nosi zatem ani charakteru neuralgicznego ani też neurytycznego, niema przy nim punktów bolesnych, niema też braku odruchów rogówkowych, lub znieczulenia wzgl. przeczulenia, jak to się zdarza przy sprawach patologicznych, toczących się w środkowej jamie czaszko-

wej, np. przy t. zw. Syndrome du carrefour pétro-sphenoidal [1]), któremu towarzyszą bóle o typie Gasserowskim z znieczuleniem, obejmującem cały N. V, szczególnie zaś jego 2-gą i 3-cią gałązki. Przy t. zw. Syndrome de la paroi externe du sinus caverneux (Foix) [2]) ból obejmuje obszar ramus opthalmicus trigemini, ból oka w tym wypadku nie bywa specjalnie zaznaczony; chodzi tu, jeżeli wykluczyć kiłę, przeważnie o guzy, które dają również i inne objawy. Ból oka wedle mego doświadczenia nierzadko również występuje u chorych na guz siodła tureckiego [3]). Obserwowałem również obustronny ból oczu w przypadku meningitis basilaris gummosa. Mało znany jest fakt, że nierzadko słychać skargi na ból oczu, również jednostronny, przy samoistnem krwawieniu podpajęczynówkowem [4]). Również *Rothfeld* [5]) wspomina, że u jego chorych występował ból gałek ocznych, w jednym z podobnych przypadków opisał kol. *Nudelman* [6]) obok tego porażenie n. okoruchowego po tej samej stronie; prawdopodobnie w przypadkach tych krwawienie rozszerzyło się na środkową jamę czaszkową. W jednym przypadku Pachymengitis haemorrhagica int. recidivans, który obserwowałem u 75-letniej kobiety, ból oka oraz w okolicy nadoczodołowej należał do dominujących objawów. Przy zapaleniu zatoki czołowej pochodzenia nosowego stwierdzałem, często nawet, gwałtowny ból oczodołu i oka. Ból ten ma prawie stale towarzyszyć zapaleniu tylnej zatoki kości sitowej oraz zatoki klinowej Ból głowy, szczególnie oka, może być bardzo wybitny przy zapaleniu n. wzrokowego (pozagałkowem i in.), w tym wypadku sprawia ból dotknięcie oraz poruszanie okiem; to ostatnie zaznaczone jest przy zatruciu włośnicą, jeżeli zajęte są mięśnie oczu. Szczególnie silny jest ból ten przy jaskrze; stanowi również część składową napadu migreny. Przy niedomodze (astenopia accomodativa, muscularis) nastawienia, zbieżności ból oczu zależny jest od wysiłku mięśni (m. ciliaris, rectus int.); zdarza się również niedomoga na ogólnym tle nerwowem (hy), nazwana Kopiopią. Zajęcie N. V występuje, jak wiadomo, przy guzach móżdżkowo-mostowych. Przy ropniach móżdżkowych może ucisk, za pośrednictwem mostu, wzgórków czworaczych i rdzenia przedłużonego na odchodzące z tych miejsc nerwy, spowodować objawy m. in. ból

1) Ref. w Zentr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Tom XXV, str. 324 oraz Revue Neurol. 1924, № 3, str. 328

2) Ref. w Revue Neurol. 1921, № 5, Str. 487.

3) Znany mi jest przypadek guza przysadki, gdzie gwałtowny ból oka spowodował podjęcie iridektomii.

4) Cyt. moje prace odnośne. Dtsch. Zeitschr. f. Nervenheilk. Tomy 76 i 85.

5) Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Tom. 97, Zesz. 3/4.

6) Kwartalnik, Tom III, Zesz. IV, Str. 221.

i obniżenie czucia w obrębie n. trójdzielnego, osłabienie odruchu rogówkowego oraz homolateralne porażenie żwaczy *(Oppenheim)*[1]); również i w tym wypadku ból oczu nie bywa specjalnie podkreślany.

Zbyt daleko zaprowadziłoby nas rozpoznawanie różniczkowe wszystkich tych schorzeń w stosunku do ropnia płatu skroniowego, tembardziej, że nie nastręcza to poważnych trudności.

Ból głowy przy guzie, ropniu mózgu spowodowany jest w pierwszym rzędzie przez drażnienie czuciowych włókien opony twardej, pochodzących ze wszystkich trzech gałązek n. trójdzielnego oraz n. błędnego, przez wzmożony ucisk śródczaszkowy; wchodzą tu w grę prawdopodobnie również włókna rdzeniowe, które, poza włóknami współczulnemi, zaopatrują oponę miękką i które częściowo przynajmniej są natury czuciowej, gdyż wstępują do ciałek końcowych. Według *L. R. Müllera*[2]) bóle głowy zawsze powstają na skutek wzmożonego ciśnienia płynu mózgowo-rdzeniowego, nawet wtedy, gdy spowodowane są przez czynniki toksyczne, jak mocznica, alkohol, gorączka i t. d. Ropniowi mózgowia zazwyczaj towarzyszy mniej lub więcej zaznaczone surowicze zapalenie opon mózgowych (Hydrocephalus int. ext.), które również prowadzi do wzmożenia ciśnienia wśródczaszkowego. Przy sekcjach stwierdzaliśmy, że zajęty przez ognisko ropne płat przedstawia się w znacznym stopniu obrzękłym, powiększonym wskutek obecności dużego pasa zapalenia i obrzęku dokoła niego. W ten sposób wzmożenie ciśnienia, szczególnie po stronie ogniska, musi być duże i widzimy, że ból głowy zwykle występuje po stronie homolateralnej i że tarcza zastoinowa, w większości wypadków, początkowo zjawia się po stronie uszkodzonej. Ból oka musimy zatem tłomaczyć sobie uciskiem, wywieranym przez obrzękły wskutek zropienia płat skroniowy na pierwszą gałązkę n. trójdzielnego podczas jej przebiegu w zatoce jamistej. Dlaczego tylko czuciowe włókna, zaopatrujące gałkę oczną (n. ciliares longi et breves z czuciowej części gaglion ciliare) niekiedy jedynie są siedliskiem bólu — trudno powiedzieć; zaznaczyliśmy jednak, że nierzadko ból obejmuje całą gałązkę oczną n. trójdzielnego. Należy zastanowić się, czy przeważnie częściowe porażenie n. okoruchowego (ptosis, mydriasis), występujące nierzadko w przypadkach guza lub ropnia płatu skroniowego, zależne jest od ucisku na szypułę mózgu, jak to się przypuszcza ,czy też temu samemu mechanizmowi zawdzięcza swe powstanie, co i bó loka. Porażenie n. odwodzącego, przebiegającego również w ścianie zatoki

[1]) Lehrbuch, VII Wyd. Str. 1354.

[2]) Münch. med. Wochenschr. 1925, № 22, Str. 923. Opona twarda wg. *L. R. Müllera*, jest bolesna przy napinaniu, nie zaś przy krajaniu, paleniu.

jamistej, względnie często, m. in. i w wyżej przytoczonych przypadkach. występuje przy tych schorzeniach.

O podobnym homolateralnym bólu oka, któryby występował na początku zaraz klinicznego przebiegu ropnia płatu skroniowego wraz z bólem głowy, nie znalazłem wzmianki w dostępnej mi literaturze. *Eagleton*[1]) podaje, że w dwóch przypadkach ropnia skroniowo-klinowego przy każdorazowem przepłukiwaniu jamy, a więc przy wzmożonem napięciu (rozciąganiu) w tejże, wywoływany był ból z tyłu za okiem po tej samej stronie, podczas wprowadzenia sączka. *Eagleton* wyraża przekonanie, że ten ból z tyłu za okiem po chorej stronie winien być uważany za mniej lub więcej cenny objaw miejscowy zależnie od danego przypadku. Przypisuje on ten ból drażnieniu gałązki ocznej n. piątego w środkowej jamie czaszkowej, nie zaś drażnieniu zwoju *Gassera*. Pomijam tu niedostatecznie, wedle mego mniemania, uzasadnioną klinicznie koncepcję *Eagletona* o dużem znaczeniu rozpoznawczem obustronnego bólu pozagałkowego, który zawdzięczałby swe powstanie uciskowi i drażnieniu gałązek ocznych n. trójdzielnego naskutek rozciągania bocznych komór przez zamykające wodogłowie wewnętrzne (np. przy guzach móżdżka z zamknięciem wodociągu Sylviusza).

Jeżeli *Eagleton* przypisuje pewne znaczenie bólowi pozagałkowemu po stronie homolateralnej, wywołanemu przez wprowadzenie sączka podczas przepłukiwania jamy ropnia w okresie późniejszym, po dokonanem już opróżnieniu ropnia, to o ileż większem jest znaczenie tego bólu, jeżeli występuje on wcześnie, jak w przytoczonych wyżej przypadkach, gdy trudności diagnostyczne, jak to często bywa przy ropniach mózgu, jeszcze istnieją.

Ciekawem jest, czy ból ten oka występuje również przy guzach płatu skroniowego. Jeżeli brak w piśmiennictwie danych co do udziału n. trójdzielnego przy ropniach płatu skroniowego, to, według *Artoma*[2]), uszkodzenia części czuciowej n. piątego spotykane są w pewnej ilości przypadków przy guzach płatu skroniowego, a mianowicie przeważnie po stronie guza. *Schüpfer* uważa neuralgję w obrębie n. trójdzielnego, szczególnie I-ej jego gałązki, za jeden z objawów guza płatu skroniowego. *Artom* przytacza cały szereg autorów, którzy spostrzegali przy tem schorzeniu w obrębie n. piątego neuralgje, parestezje, osłabienie lub brak czucia na twarzy, osłabienie lub brak odruchu rogówkowego, zaburzenia odżywcze (zapalenie poraźne oka), bolesność przy ucisku na gałązki nerwu, na gałkę oczną po

---

[1]) Abces de l'Encephale. Tłomaczenie francuskie 1823, Str. 275.
[2]) l. c. S. 131.

stronie chorej (*Bartels i Mingazzini*); w przypadku *Dercuma* [1]) bóle umiejscowione były w lewej połowie twarzy i czaszki oraz w lewem oku.

Przeglądając przypadki swe guzów skroniowych, wcale nierzadko napotykam wzmianki o homolateralnym bólu oka, który nie występuje samodzielnie, lecz przeważnie w towarzystwie bólów głowy, umiejscowionych przeważnie w skroniach oraz w okolicach ciemieniowej i czołowej po tej samej stronie. Niekiedy odgrywają skargi na ból oka taką samą rolę, jak i tamte. W przypadku dużego glejaka lewego płatu skroniowego, który zajmował 1, 2, 3 zawoje skroniowe, sięgał aż do kory i odpychał torebkę wewnętrzną, były skargi na bóle w lewem oku, lewej skroni oraz w lewej okolicy ciemieniowej. Niekiedy ból oka występuje epizodycznie, niekiedy jednak dominuje, jak w przypadku nabłoniaka koleżanki *Neudingowej* z oddziału *Bregmana*, który zajmował cały lewy płat skroniowy: tu ból oka jak czerwona nić przechodzi przez całą historję choroby. Zresztą nosił on ten sam charakter, jak przy opisywanym przez nas ropniu płatu skroniowego, również pod względem braku zaburzeń czucia i w odruchach.

Według *Körnera* [2]) bóle, przy ostrych sprawach rozmiękczynowych w wyrostku sutkowym, rozprzestrzeniają się na całą połowę głowy i dochodzą aż do okolicy oczu lub do zębów. Wedle niego, powoduje nagromadzenie się produktów złuszczania (perlaki rzekome) często dość gwałtowne bóle w głębi ucha, promieniujące do ciemienia lub do okolicy oka, oraz połowiczy ból głowy.

Ból oka przy schorzeniu ucha środkowego, z zapaleniem wyrostka sutkowego lub bez niego, od dłuższego czasu stanowi przedmiot zainteresowania, szczególnie otjatrów. Jednym z pierwszych był *Orthmann*, który w r. 1897 donosi o nader silnych neuralgjach nad- i podoczodołowych oraz o głębokim bólu ocznym, zależnych od schorzenia substancji gąbczastej wierzchołka piramidy kości skalistej, do której przenika ropa, opłukująca zwój Gassera. Bardzo szczegółowo zajmuje się *Schlander* [3]) neuralgją n. trójdzielnego przy nieskomplikowanem schorzeniu ucha środkowego. Według niego jest samo przez się zrozumiałem, jeżeli wziąć pod uwagę stosunki anatomo-topograficzne na wierzchołku piramidy, że posuwanie się ropienia z ucha środkowego w kierunku kości skalistej wywoływać musi objawy ze strony zwoju Gassera wzgl. jego gałązek oraz n. odwodzącego, szczególnie

---

1) Tumor involving the base and substance of the left temporal lobe. Ref. Neurol. Zentrabl. 1912, str. 513.

2) l. c. Str. 298, 322.

3) Cyt. u Schlandera (z kliniki prof. Neumanna) Über die Bedeutung von Trigeminusneuralgien bei mittelohrerkrankung. Monatschr. f. ohrenheilk u. laryngo-rhinologie. 1923. 57 Rocznik. Zeszyt 1.

zaś ze strony pierwszego. Jeden z ostatnich autorów w tej dziedzinie *Moulonguet*[1]) przypuszcza, że następuje przekrwienie zwoju Gassera, wskutek zatrzymania się ropy w komórkach powietrznych na wieszchołku kości skalistej. Jeżeli wziąść pod uwagę, że ból oka ustępuje już w 24 godzin po operacji, że znika on samodzielnie i szybko, również po nieoperacyjnem wyleczeniu ostrego lub nasilającego się zapalenia ucha środkowego, to w rzeczywistości mogą tu mieć miejsce takie procesy, jak przekrwienie, surowicze przepojenie, obrzęk oboczny, które cofają się po upływie krótkiego czasu. Jasnem jest, że nie przez wyrostek sutkowy wywołany zostaje ból oczu; należałoby tu przypuścić przeskoczenie bodźca z drugiej gałązki, poprzez N. petrosus, na pierwszą gałązkę n. trójdzielnego, co wydaje się dość naciagnięte; zresztą stwierdzano występowanie bólu oka po antrotomji, lub dalszą jego obecność pomimo dokonania tego zabiegu. Również punktem wyjścia nie może być substancja gąbczasta na wierzchołku kości skalistej, wzgl. Cavum Meckeli ze zwojem Gassera, gdyż nie byłoby zrozumiałem, dlaczego tylko pierwsza gałązka n. trójdzielnego miałaby ulec schorzeniu. Należy punkt wyjścia przenieść dalej ku przodowi, pomiędzy blaszki opony twardej w bocznej ścianie zatoki jamistej, w której przebiega gałązka oczna n. piątego. Współschorzenia innych tu znajdujących się nerwów, jak odwodzącego, okoruchowego, wspomiane jest w niektórych historjach chorób, jeżeli zaś bywają one oszczędzane, tłumaczyć to należy tem, że przemijający proces (przekrwienie, obrzęk) może drażnić nerw czuciowy, ale nie jest w stanie wywołać porażenia n. ruchowego. To, że przeważnie tylko korzonek czuciowy zwoju rzęskowego cierpi w tych warunkach, posiada swe uzasadnienie w większej skłonności do urazów tego odcinka pierwszej gałązki, niekiedy wspominają, że ból, obejmuje cały obszar gałązki ocznej.

Powstaje zatem pytanie, czy sposób powstania bólu oczu, przy komplikującym ropotok ucha środkowego ropniu płatu skroniowego, jest ten sam, co tylko przytoczony. Należy dodać, że charakter bólu w obydwu schorzeniach jest jednakowy; opisywany on jest, jako świdrujący, głęboki, piekący, bardzo silny, przeważnie stały, z nasileniami, również nocnemi *(Moulonguet)*, niekiedy napadowy, bez stwierdzanych punktów uciskowych. Możnaby zatem odpowiedzieć twierdząco na to pytanie. Jeżeli jednak przypomnieć sobie, w jakim stopniu ból oczu przy ropniu, jego znikanie i zjawianie się, zależne jest i idzie w parze z łatwiejszym odpływem lub zatrzy-

[1]) La douleur oculaire, indication de l'évidement pétro mastoïdien au cours des suppurations aiguës de l'oreille. Annales des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx 1925, T. XLIV.

mywaniem się ropy, to trzeba będzie przypisać również znaczenie uciskowi na boczną ścianę zatoki jamistej, ze strony obrzękłego i powiększonego płatu skroniowego.

Przy ocenie znaczenia rozpoznawczego tego bólu ocznego, będziemy musieli pamiętać o ewentualnem występowaniu tego bólu przy nieskomplikowanem schorzeniu ucha środkowego. Niebawem przytoczymy jeszcze inne trudności rozpoznawcze.[1])

Rozpoznanie różniczkowe.

Przy rozpoznawaniu ropnia mózgu należy pamiętać, że i inne powikłania po zapaleniu ucha środkowego mogą być podobne do ropnia. Jedno z najczęstszych powikłań śródczaszkowych, ropień ponadtwardówkowy, rzadko chyba spowodować może poważne trudności, choćby wskutek obecności miejscowych objawów ze strony kości, jak obrzęk, bolesność wyrostka sutkowego i t. d. Nie wykazuje on nic charakterystycznego, ciepłoty podwyższonej zazwyczaj brak, ogólne i dające się umiejscowić objawy mózgowe są rzadkie, już najczęściej mogą występować u dzieci; często przebieg bywa niepostrzeżony i zgoła nieoczekiwanie znajduje się ropień taki podczas operacji pierwotnej sprawy kostnej (*Körner*)[2]. W jednym przypadku lewostronnego ropnia ponadtwardówkowego, gdzie sprawa dotyczyła 35-letniego mężczyzny, który znajdował się pod moją obserwacją, obecne były nieznaczne zaburzenia pamięciowe mowy, które minęły po otwarciu ropnia i nakłuciach l. zrazu skroniowego, przyczem wydobyta została treść surowicza; po upływie paru lat mogłem stwierdzić wyzdrowienie; możliwem jest, że zaburzenia mowy, spowodowane były przez ucisk ropnia na ośrodek mowy wzgl. wskutek bocznego surowiczego przepojenia tego ośrodka.

W niektórych wypadkach może, według *Oppenheima*[3]), ropne zapalenie zewnętrzne opony twardej (pachymeningitis ext. purulenta) lub też ro-

---

[1]) Otalgja dentalis jest bardzo pospolitem schorzeniem. Rzadziej niż ból oczu występuje, przy ropotoku ucha środkowego, gwałtowny, neuralgiczny ból w obrębie zębów po tej samej stronie. W podobnym, typowym przypadku u 14-letniej dziewczyny na oddz. kol. Lublinera, z nasileniem dawnego lewostronnego cierpienia usznego, występowały bóle w l. uchu, l. połowie czoła, l. górnych i dolnych (zdrowych) zębach i dziąsłach. Te ostatnie bóle przeważały do tego stopnia, że pacjentka początkowo udała się do dentysty. Obecne były objawy ciężkiego zapalenia opon (370 leukocytów w płynie mózgowo-rodzeniowym), ciepłota do 40^0. Po operacji (zropiały perlak, zakrzepowe zapalenie zatok żylnych) ból minął; pacjentka wyzdrowiała. Należy przypuścić, że bodziec promieniował z plexus tympanicus n. glossopharyngei, poprzez n. petrosus superfic, minor na ganglion oticum III-ciej gałązki n. trójdzielnego.

[2]) Lehrbuch str. 372.

[3]) Lehrbuch, str. 1358.

pień zewnątrz — (ponad) — twardówkowy wywołać wszystkie objawy ropnia mózgu, jednakże objawy uciskowe ze strony mózgu są z reguły znacznie mniej wyraźne, objawy zaś ogniskowe są rzadziej spotykane. Według tegoż autora, zdarzają się nietypowe przypadki zapalenia ropnego opon mózgowych, w przebiegu których obraz zupełnie podobny jest do ropnia; nawet wspominają [1]), że pod tym względem zapalenie gruźlicze opon mózgowych sprawić może trudności.

To samo powiedzieć można o ograniczonem zapaleniu ropnem, wewnętrznem opony twardej lub o ropniu dokołazatokowym, który często idzie w parze z zakrzepem zatoki. Objawy mózgowe zakrzepu zatoki poprzecznej powstają, według *Körnera*, naskutek powikłania z toksycznem surowiczem zapaleniem opon i mózgowia (meningoencephalitis), oraz wskutek zatrzymania się odpływu krwi z jamy czaszki. W wypadkach tych obecne są bóle głowy, wymiotów brak na początku rzadko; według ostatnich danych *Utohffa* [2]) zaburzenia wzroku oraz zmiany wziernikowe zdarzają się stosunkowo często (typowa tarcza zastoinowa w 18 proc., neuritis optica— 24 proc., przekrwienie tarcz — 10 proc.). Inne objawy występują, gdy zakrzep przechodzi na zatokę jamistą (poszerzenie żył czołowych, sinica okolic oczodołowej i czołowej, obrzmienie powiek, wytrzeszcz gałki, zastój krwi w żyłach siatkówkowych, nawet tarcza zastoinowa, w niektórych wypadkach bóle o charakterze neuralgicznym w pierwszej gałązce N. V-go, porażenia n. n. odwodzącego, okoruchowego, bloczkowego) oraz do opuszki żyły jarzmowej. W jednym przypadku tej ostatnej kategorji, który miałem sposobność obserwować na oddz. Kolegi *Lublinera*, wystąpiło, wsród innych objawów pod postacią bólów przy połykaniu [3]), zanikowe porażenie N. Hypoglossus i Vagoaccessorius, które zostało wyleczone po otwarciu głębokiego, dokoła żylnego ropnia na szyji; przypadek ten, który dotyczył młodego człowieka, przebiegał zupełnie bez podwyższonej ciepłoty, co służyć może dowodem, jak powiada *Körner*, że nie we wszystkich przypadkach zakrzepu zapalnego zatok dochodzi do zakażenia całego ustroju i do posocznico-ropnicy; przy tym ostatnim obrazie rozpoznanie nie nasuwa żadnych trudności.

Niezmiernie ważnym jest, powiada *Körner* [4]), fakt, że u młodych dzieci zwykłe zapalenie ucha środkowego, a mianowicie wtedy, gdy zajmuje ono

---

[1]) *B. Karbowski*, über den diagnostischen ûnd prognostischen Wert der lumbalpunktion bei intrakraniellen oto - ûnd rhinogenen Komplikationen. Acta oto - laryngologica, Vol. VII Fasc 3.

[2]) Cyt w. Oppenheima, str. 1372.

[3]) Bóle przy połykaniu *Kümmel* uzależnia przy zakrzepie opuszki żyły szczytowej od zapalenia n. IX-go (*Oppenheim, str. 1373*).

[4]) l. c. str. 373.

oba uszy, powoduje ciężkie objawy mózgowe, które nasuwają podejrzenie zapalenia opon mózgowych; niebawem jednak znikają, gdy tylko ropa przebije błonę bębenkową lub gdy przez jej nakłucie znajdzie ujście. Bez wątpienia, uważa *Körner*, ciężkie objawy mózgowe są w tych wypadkach skutkiem nie bakteryjnego, lecz toksycznego „obocznego" zapalenia opon i mózgowia, które niekiedy stanowi powikłanie zapalenia ucha w późniejszem dzieciństwie lub u młodych osobników, bardzo rzadko zaś u starszych i zazwyczaj traktowane bywa, jako surowicze zapalenie opon mózgowych.

Zespół objawów *Gradeniga* polega na występujących, w przebiegu ostrego ropnego zapalenia ucha środkowego, powikłanego przeważnie zapaleniem wyrostka sutkowego, bólu w okolicy skroniowo-sutkowej, porażenia n. odwodzącego, niekiedy zapalenia n. wzrokowego, ustępujących po trepanacji wyrostka sutkowego. Jako przyczynę *Gradenigo* podaje zapalenie oponowe wierzchołka kości skalistej. *Jürgensmeier* [1]) opisuje przypadek zapalenia ucha oraz wyrostka sutkowego z obustronną tarczą zastoinową, sztywnością karku i głowy, nudnościami, który wyzdrowiał bez operacji; uważa on, że w przypadku tym miano do czynienia z rozlanem zapaleniem surowiczem opon; również *Stooss* [2]) przychyla się do tegoż przypuszczenia. *Janssen* [3]) uważa przypadki te za zakrzep zatok lub za surowicze zapalenie opon, inni autorzy zaś za ograniczone zapalenie opony pajęczynówkowej [4]).

Według *Oppenheima* może niepowikłane zapalenie ucha, a szczególnie przy nasileniu się sprawy przewlekłej i przy zatrzymaniu się ropy, zwłaszcza w wieku młodym, wywołać szereg objawów, jak ból głowy, wymioty, zawroty, zamroczenie, podwyższoną ciepłotę, nawet nierówność źrenic i dwojenie szczególnie zaś porażenie n. odwodzącego, które mogą nasunąć podejrzenie ropnia mózgu; w niektórych spostrzeżeniach stwierdzone zostało zapalenie n. wzrokowego oraz opadnięcie powieki, również i tarcza zastoinowa obserwowana była przez *Jansseno* [5]) dopiero po zastosowaniu zabiegu operacyjnego. Te przypadki skłoniły niektórych autorów do ustalenia pojęcia

[1]) Cyt. w/g. *Hofera*, Monatsschr. f. Ohrenheilk, n. Laringo-Rhinolog 1925, Rocznik 59.

[2]) Über meningeale Reaktionen und akute seröse Meningitis im kindesalter. Ref. Zeitschi. f. d. ges. Neurol. n. Psych., XXXVII. Str. 179.

[3] Cyt. u *Lewandowskiego*. Tom III, str. 215.

[4]) *Török*, Otogene Arachnoidalzyste. Ref. w Zeitschr. f d. ges. Neurol. u. Psych. Tom XXXIX, str. 42. — *Horvat*, Generalized cisternal Arachnoiditis etc. ibidem str. 44.

[5]) Cyt. z *Oppenheima*, Lehrbuch, str. 1372.

[1]) Pseudobrainabszess. Ref. w Zeitschr. f. d. ges. Neurolog. n. Psych, Tom XXXVIII, str. 148. *Eiselsberg* (Ref. tamre XXXI, str. 90) mówi o urazowych ropniach wrzekomych mózgu; podaje on 6 przypadków, w których — po drążącem uszkodzeniu czaszki — przypuszczano obecność ropnia, operacja wykazała jednak inne sprawy, (2 razy torbiele mózgowe, 1 raz nic nie stwierdzono, 1 raz bliznę, 1 raz — guz mózgu).

wrzekomego ropnia mózgu, analogicznie do wrzekomego guza (*Nonne*). *Adson* widział w jednym przypadku zapalenia ucha przy odrze podwyższoną ciepłotę, bóle w skroni z prawej strony, zwiększoną ilość leukocytów we krwi, tarczę zastoinową, porażenie lewego n. twarzowego; po dekompresji nastąpiło wyleczenie. W innym przypadku płonicy, zapalenia gardła paciorkowcowego, wystąpiło zapalenie ucha, następnie zaś przy nieznacznem podwyższeniu ciepłoty — zaburzenia psychiczne, prawostronna ślepota połowicza, niemota ruchowa, nieznaczna tarcza zastoinowa po stronie lewej, prawostronny niedowład, Kernig, sztywność karku, leukocytoza we krwi; również i tu przy operacji nie znaleziono ropnia, a po dekompresji nastąpiło wyleczenie. *Phleps* [1]) przytacza trzy przypadki, w których przy równoczesnem zapaleniu ucha środkowego, cierpienie przebiegało pod postacią ropnia, gdzie jednak jak w przypadku 2-gim, sekcja pozwoliła z pewnością wykluczyć ropień, w dwuch innych zaś przypadkah podczas operacji nie znaleziono ropy. Przypadki *Adsena* dowodzą, według niego, że może istnieć miejscowe zapalenie mózgowia, które nie doprowadza do ropnego rozpadu, a jednak może wywoływać objawy ropnia mózgu; że nie należy, wobec tego zbyt wcześnie uciekać się do chirurgicznego zabiebu, że jednak próbna trepanacja nie, w okresie ostrym, nawet w razie stanu zapalnego mózgowia, nie pociąga za sobą niebezpieczeństwa, gdyż przez dekompresję oddziałać może dodatnio.

Inni autorzy uważają, że istnieć może umiejscowiony obrzęk, surowicze zapalenie mózgowia (*Oppenheim*). Istotnie, należy w takich wypadkach zawsze pamiętać o surowiczem zapaleniu opon mózgowych, które tak często w młodym wieku towarzyszy zapaleniu ucha, zapaleniu wyrostka sutkowego i daje różnobarwny obraz chorobowy, często z tarczą zastoinową, i może nawet naśladować guz mózgu; zdumiewającym wprost jest często korzystny wpływ nakłucia lędźwiowego w ciężkich, zdawałoby się przypadkach z objawami oponowemi. Nie należy w tych wypadkach obawiać się przejścia procesu ropnego z ucha środkowego na opony miękkie; opona twarda jest prawdopodobnie jeszcze nietknięta i stanowi tymczasem barjerę, tamującą przenikanie zarazka ropnego; mamy tu do czynienia z podrażnieniem opon (meningismus), z zapaleniem współczulnem opon. Nie można więc się zgodzić z koncepcją *Thursfielda* [2]), że meningismus, surowicze i ropne zapalenie opon stanowią jedynie rozmaite stopnie tej samej sprawy chorobowej.

Rozpoznanie różniczkowe pomiędzy ropniem płatu skroniowego po-

---

[1]) Über vermeintliehe otitische Hirnabszesse. Ibidem Tom XL, str. 445.

[2]) Discussion on the causes, early rccognition and treatment of non tbc. Meningitis. Ibidem XLI, str. 286.

chodzenia usznego a guzem o tem samem umiejscowieniu, niekiedy sprawia trudności; znane mi są przypadki, gdzie omyłkowo dokonano zabiegu operacyjnego na uchu i gdzie podczas operacji zamiast spodziewanego ropnia znaleziono guz; obecnie, gdy wobec guzów stosujemy promienie Rentgena lub radu, odróżnienie tych dwuch spraw jest szczególnie ważne i w większości wypadków udaje się. Szczególne trudności spowodowują te guzy płatów skroniowych, które dochodzą do powierzchni i drażnią opony miękkie i, jak to mogłem stwierdzić, przebiegają z objawami lekkiego zapalenia opon, jak z sztywnością karku, Kernigiem, objawem paluchowym Gordona, zwiększoną ilością elementów komórkowych w płynie m. - rdzen., dodatnim odczynem Nonne - Apelta, zwiększoną ilością białka, a nawet z nieznacznem podwyższeniem ciepłoty, gdyż, jak wiadomo, również i niepowikłanemu ropniowi mózgu nierzadko towarzyszyć mogą podobne objawy zapalenia surowiczego opon (obocznego, współczulnego); rzecz zrozumiała, że nie mamy tu na myśli tych przypadków ropnego zapalenia opon, które narówni z ropniem, zawdzięczają swe powstanie temu samemu źródłu, ropotokowi usznemu, lub też te stany zapalne opon, które wikłają dalszy przebieg ropnia (przebicie do przestrzeni podpajęczynówkowej lub do komór.

Rozpoznanie tych dwuch cierpień — powołuję się tu na znane podręczniki i monografje — opiera się głównie na etjologji — obecności ropienia usznego i na przebiegu. Według *Brunsa* przebieg ropnia jest szybki, remisje rzadsze, częstsze są one przy guzach; według *Oppenheima* ten ostatni odznacza się powolnem występowaniem i ciągłem wzmaganiem się objawów ogólnych. *Hässler* [1]), który opiera się na przeglądzie 900 przypadków z całego piśmiennictwa, dochodzi do przekonania, że zdarzają się ropnie mózgu pochodzenia urazowego, które występują na jaw dopiero po wielu latach, a nawet dziesiątkach lat, przy ropniach mózgu, pochodzenia usznego, śmierć w przeważającej liczbie przypadków występuje w parę tygodni po rozpoczęciu się okresu podostrego, w każdym razie nie później niż po 10 miesiącach; jeżeli objawy ropnia mózgu zjawiają się później niż po roku od chwili, gdy miał miejsce ropotok uszny, związek przyczynowy między temi dwiema sprawami jest według *Hässlera* nieprawdopodobny [2]).

---

1) Mittelohreiterung und Hirntumor. Arch. f. Ohrenheilk. 1900. Tom 48. str. 36.

2) *Swierz* Przyczynek do kazuistyki ropni mózgowych pochodzenia usznego. Polska Gazeta lekarska XL, str. 495, opisuje przypadek, w którym, po 10-letniej remisji, po wyleczeniu zapalenia ucha środkowego, rozwinęło się w przeciągu 9 dni ciężkie ograniczone ropne zapalenie opon, które, mimo braku miejscowych objawów ze strony uszu, zniewoliło do postawienia rozpoznania ropnia mózgu pochodzenia usznego (afazja sensoryczna) oraz do zastosowania operacji. Na sekcji znaleziono ognisko, wielkości jaja gołębiego, które przebiło się do komory bocznej. Autor przypuszcza, że ropień przez długie lata był ukryty.

Należy podkreślić, że cierpienie uszne, szczególnie ostre, może być nieznaczne, może szybko minąć, a nawet zupełnie ulec zapomnieniu, a mimo to pociągnąć za sobą rozwój ropnia mózgu, jak to miałem możność zaobserwować. Obarczony ropnym zapaleniem ucha środkowego chory, może być nosicielem guza, ropień i guz płatu skroniowego mogą istnieć jednocześnie, albo, jak o tem w następstwie mówić będę, jedno cierpienie następować może po drugiem. Szybko przebiegające guzy, z szybkiem zejściem śmiertelnem, również nie należą do rzadkości.

Charakter bólów głowy może niekiedy dać pewne oparcie. Przy guzie mózgu, również i płatów skroniowych, mogą bóle te dojść do wielkiego nasilenia, jak wogóle w tych wypadkach objawy ogólne wybitniejsze są, niż przy ropniach mózgu; niekiedy zjawiają się one napadowo, na wzór migreny, za którą nieraz bóle te, szczególnie na początku, są uważane. Chora z guzem płatu skroniowego, stwierdzonym sekcyjnie, miewała, raz do dwuch razy tygodniowo, bardzo silne bóle głowy, które trwały przez dzień; w międzyczasie była ona zupełnie wolną od tych bólów. Takie napadowe, przestankowe występowanie bólów głowy zdarza się przy ropniach mózgu nader rzadko. Umiejscowienie bólów głowy, o czem była już mowa, nie powinno się bardzo różnić w obydwu cierpieniach.

Podwyższona ciepłota bywa często przy ropniach; jednak nie brak przypadków, w przebiegu których, przez cały czas, nie było podwyższonej ciepłoty, jak z drugiej strony, zdarzają się guzy mózgu, jak to już wspominaliśmy, którym towarzyszy podniesiona ciepłota. Według *Macewena* charakterystyczną dla ropni ma być temperatura niższa od prawidłowej. Dreszcze zdarzają się przy ropniach, przy guzach zaś brak ich, chociaż *Dercum* i *Edinger* [1]) obserwowali je przy guzie płatu skroniowego. Na obecności wychudzenia przy ropniu, na braku zaś tego objawu przy guzie, mało można się opierać.

Brak lub też późne wystąpienie zapalenia n. wzrokowego przemawia, wg. *Oppenheima*, w wątpliwych razach za ropniem. Według mojego doświadczenia przy tem ostatniem cierpieniu tarcza zastoinowa występuje w wielkim odsetku przypadków (około 54 proc. [2]), odpowiadającym przeciętnie odsetkowi, co przy guzach, występuje ona bardzo wcześnie, przeważnie po stronie ropnia, niekiedy jednak obustronnie, może bardziej zaznaczona po stronie chorej. Tarcza zastoinowa przeważnie nie osiąga przy ropniu takiego nasilenia, jak przy guzie; przyczyny tego szukać należy w tem, że ropnie rozwijają się, niszcząc substancję mózgową, i zajmując

[1]) Cyt. wg. *Artoma*.

[2]) *Wilbrand* ûnd *Saenger*, Neurologie des Aûges, również wspomniana moja praca w Schweiz Arch. f, Neurologie.

jej miejsce, wówczas gdy guzy niektóre tkankę tę odsuwają, odciskają; dlatego wodogłowie wewnętrzne zwykle przy ropniach nie przybiera takich rozmiarów, jak przy guzach. Zmienność obrazu guzów mózgu zależy również od wpływów naczynioruchowych, od przekrwienia, nierzadko od krwotoków w nich występujących. Nie przypominam sobie, bym przy ropniu mózgu, a szczególnie w płacie skroniowym, słyszał skargi na przelotną ślepotę, jak to często bywa przy guzach; wogóle zaburzenia wzroku są przy ropniu znacznie rzadsze, nie zdarza się również w ich przebiegu, jak to często bywa przy guzach, przejście do zaniku, a nawet do zupełnej ślepoty, najrzadziej zaś do nagłej ślepoty. Również nie widziałem nigdy przy ropniu takiej absolutnej sztywności rozszerzonych od maximum źrenic, jak to spostrzegałem przy guzach.

Jeżeli w obrazie rentgenowskim dostrzeżemy objawów wzmożonego ucisku, szczególnie zmian w siodle tureckim, to będzie to przemawiało raczej za guzem, a mianowicie wtedy, gdy będzie on rósł w kierunku siodła; wtedy mogą wystąpić również objawy ze strony przysadki, jak np. brak miesiączkowania, jak to w jednym przypadku guza płatu czołowego, który skłonił do podjęcia operacji przysadki, miałem sposobność obserwować.

Według *Artoma*, objawy ogniskowe występują przy ropniach później, jednak porażenia oczne zjawiają się przy nowotworach nie we wczesnych okresach; według *Schupfera* [1]) wytwarzają się one przy ropniach szybko i są stałe, gdyż przybór ucisku śródczaszkowego prędko postępuje i jest trwały. *Knapp* [2]) twierdzi, że przy ropniach płatu skroniowego uszkodzony bywa zawsze n. okoruchowy po tej samej stronie, przy guzach zaś często również i po drugiej stronie. Przy tych ostatnich, wg. *Artoma*, obraz objawowy jest bardziej zmienny, gdyż ucisk, z powodu różnorodności umiejscowienia, konsystencji oraz rozmiaru guza, może być wywierany w rozmaitych kierunkach; ropnie, zależne od cierpień usznych, zawsze umiejscowione są w pobliżu części skalistej kości skroniowej i działanie ich na odległość jest nieznaczne. I rzeczywiście, jeżeli przy ropniach płatów skroniowych wystąpi niedowład połowiczy, jako wyraz działania na odległość, to będzie on bardzo słabo zaznaczony i może się ujawnić tylko w postaci zaburzeń w odruchach skórnych lub ścięgnistych; przy guzach tej okolicy niedowład połowiczy będzie znacznie wybitniejszy; z powodu bliskości i przejścia na dolny odcinek zawoju środkowego może przedewszystkiem i przez jakiś czas występować tylko ośrodkowe porażenie n. twarzowego wzgl., jak to raz jeden obserwowałem; to ostatnie może przeważać, jeżeli w dalszym przebiegu rozwinie się porażenie połowicze.

---

[1]) cyt. w 9 *Artoma.*

[2]) tamże

Wg. *Scelanda*[1]) wzmożona znacznie pobudliwość oczopląsu obrotowego ma przemawiać za guzem, słaby zaś lub prawidłowy oczopląs obrotowy, przemawia przeciw guzowi.

Zwiększona ilość białych ciałek we krwi, rzecz zrozumiała, przemawia za ropniem.

O współistnieniu ropotoku usznego i guza płatu skroniowego.

Współistnienie przewlekłego ropnego zapalenia ucha środkowego oraz guza płatu skroniowego nie powinno należeć do rzadkości. Sam widziałem dwa podobne przypadki. *Hessler*[2]) znalazł w całej literaturze do r. 1900 tylko 18 przypadków ropotoku usznego i guza mózgu. Wsród tych przypadków znajdują się 4 guzy płatu skroniowego (trzy po stronie ropienia usznego, jeden bez podania umiejscowienia ropienia) oraz trzy guzy móżdżkowe (1 po stronie ropienia, w dwuch przypadkach obustronny ropotok uszny). Pozatem przytaczany jest przypadek *Heimana*, prawdopodobnego kilaka podstawy czaszki i charakterystyczny przypadek Currena, gdzie, pośrodku prawej półkuli mózgu znajdował się ropień wielkości jaja kurzego, a poza nim jama wielkości jaja gołębiego wypełniona krwią, którą wg. *Hughlings Jacksona* należy uważać za glejak, czyli znowu mielibyśmy jednocześne występowanie ropnia z guzem. Współistnienie schorzenia kości skalistej oraz gruzełka mózgu nie jest rzadkie, szczególnie u dzieci. U *Artoma* znalazłem spostrzeżenie *Mingazziniego* (mięsak lewego płatu skroniowego), który za życia wykluczał rozpoznanie ropnia oraz przypadek *de Massary* i *Chatelina* (glejak prawego płatu skroniowego), gdzie rozpoznawano ropień mózgu, ze względu na obecność zapalenia ucha, nieznaczne podniesienie ciepłoty, nie wielkie natężenie zapalenia n. wzrokowego, powoli narastający niedowład połowiczy oraz na wynik badania płynu mózgowo-rodzeniowego (ujemny Wa, znaczne zwiększenie białka oraz znaczna limfocytoza [3]). Przypadki, gdzie, bezpośrednio po opróżnieniu ropnia płatu skroniowego rozwinął się guz po tej samej stronie, z piśmiennictwa nie są mi znane, Następujący przypadek ma potwierdzić tę możliwość:

H. szklarz, 33 lat, przyszedł do mnie w godzinach przyjęć po raz

---

[1]) Beitrag zûr Differentialdiagnose zwischen Hirnabszess ûnd Hirntumor Ref. Zeitschr. f. d. ges. *Neurol.* û Psych., *XXXII*, str. 302.

[2]) l. c.

[3]) W przypadku Gütticha (Über diagnostische schwierigkeiten bei Hirnkranken refer. w Zentr. f d. ges. Neurol. u Psych. Tom 41, zesz. 5/6) ropne zapalenie opon mózgowych uzależnione było od schorzenia jam dodatkowych, zaś niemota pamięciowa od ropnia płatu skroniowego. S e k c j a: Rozpad ropny glejaka w lewym płacie skroniowym, pozatem ciężkie ropne zapalenie opon mózgowych (prawdopodobnie po grypie).

pierwszy 10.X. 1921. Przed rokiem, jadąc ctwartym wozem, podczas deszczu i wiatru, uległ przęziebieniu lewej połowy twarzy oraz lewego ucha, odrazu poczuł ból w l. uchu; z ucha tego zaczął wydobywać się wyciek, który stał się obfitszy, gdy podczas inwazji bolszewickiej chory pociągnięty został do robót przymusowych, objawy te niebawem ustały zupełnie, w przeciągu roku prawie czuł się dobrze, słuch był zachowany. Podobnemu przeziębieniu, przed dwoma tygodniami w tych samych warunkach, uległ ponownie; wskutek bólu w lewem uchu udał się do felczera, który wlał mu krople do ucha, poczem ból wzmógł się bardzo i znowu pojawił sie nieznaczny wyciek. Pacjent, który odtąd nie mógł sypiać, wymiotował. W ostatnich dniach wystąpiły lekkie zaburzenia mowy.

Silnie zbudowany, naogół zdrowy mężczyzna nie potrafi rzeczywiście nazywać pokazywanych mu przedmiotów, wybiera jednak, z pośród wymienianych mu nazw właściwą i dobrze powtarza; nie przypomina sobie zresztą niektórych znanych mu nazw; wydaje się też, że nie rozumie wszystkiego, co się do niego mówi; powtarza prawidłowo zadawane mu pytania i zlecenia. Rozumie co pisze i czyta. Pozatem brak jakichkolwiek zmian; lues niestwierdzony. Odczyn Wassermana we krwi ujemny. Należy to tem więcej podkreślić, gdyż, u towarzyszącej pacjentowi żony, prawa źrenica > niż lewa, a obydwie na światło i zbieżność nie oddziaływują, leczy się ona od paru lat, z powodu omdleń z utratą przytomności i zawrotów głowy. Nigdy nie roniła, rodziła troje zdrowych dzieci. Wasserman wielokrotnie w ciągu paru lat badany — ujemny. Pozatem kobieta ta cierpi na wzmagającą się głuchotę, bóle głowy, niekiedy połączone z wymiotami.

W ostatnich dniach bóle głowy, u naszego pacjenta nasiliły się, nieraz wymiotuje. Ciepłota od $36^0,9$ do $37^0,3$. Tętno nieraz 60, nieraz 100. Ziewa i często stęka. Bywa nieco zamroczony, mówi zlekka parafatycznie. Gdy mu pokazywać jakiekolwiek przedmioty lub osoby, odpowiada stereotypowo „Dzięki Bogu lepiej", lub „Doktór". Badanie pozatem wykazało pr. odruch brzuszny < lewego, pr. odruch podeszwowy 0, odruchy kolanowe żywe. Specialista chorób usznych, kol. Koenigstein, stwierdził centralną perforację lewego bębenka z miniamalną śluzową wydzieliną. Granice l. tarczy n. wzrokowego zatarte, prawa tarcza normalna.

Postawiono rozpoznanie ropnego ogniska w lewym płacie skroniowym. 17.X dokonano operacji (kol. Koenigstein) lewego ucha z otwarciem środkowej jamy czaszkowej, przyczem wydobyto z lewego płatu skroniowego około 30 cm^3 gęstej dobrotliwej ropy.

22.X. Stanowcza poprawa, Ciepłota normalna. Tętno 90. Nie narzeka na ból głowy, nie wymiotuje, nie ziewa. Rozumie mowę dobrze, niemota pamięciowa mniejsza, parafazji brak, stereotypowe powtarzanie więcej nie

występuje. Odruchy brzuszne i podeszwowe jednakowe. Dno lewego oka bez zmiany. Źrenica prawa > lewej, prawa oddziaływa na światło słabo.

31.X. Stan chorego poprawiał się, rana goiła się. ropienie nieznaczne. Od onegdaj skargi na bóle w okolicy czoła, raz zwymiotował, sypia w nocy źle, we dnie senny. Ziewa. Nieznaczna niemota pamięciowa i zmysłowa, powtarza zadawane mu pytania i zlecenia. Lewa tarcza n. wzrokowego zlekka zawoalowana, granice zatarte. Prawa źrenica > lewej.

2.XI. Wczorajszy dzień był szczególnie zły, tętno 58, silne bóle głowy, aż do utraty przytomności, przyczem w mięśniach twarzy miały występować drgania, szczególnie po stronie prawej. Podczas jedzenia podobno były drgawki w k. górnej, przyczem łyżka wypadła mu z ręki. Z powodu niepokoju, choremu zalecono morfinę z hyoscyną. Dziś T^0 37, tętno 90. Przy nakłuciu w okolicy lewego płatu skroniowego wydobyto niewielką ilość krwawego płynu, zmieszanego z substancją mózgową.

9.XI. Od wielu dni znaczna poprawa. Nie ma bólu głowy, nawet gdy się kładzie na lewy bok (po tej stronie znajduje się ognisko). Zaburzenia mowy zmniejszyły się. Tętno w pozycji leżącej 86, w stojącej — 106.

19.XI. Poprawa trwa; chory miał być przedstawiony w tow. Neurologicznem, wraz z innymi chorymi, w tym czasie operowanymi, z powodu ropnia pochodzenia usznego. Nagle wystąpił napad z utratą przytomności, sinicą (prawdopodobnie wskutek skurczów tonicznych), pianą na ustach, szerokiemi nie oddziaływującemi źrenicami; po około godzinie odzyskał przytomność, przyczem twierdził, że napad poprzedzony był przez silny ból głowy.

Widziałem pacjenta dopiero 8.III 1922, a więc prawie po 4 miesiącach. Rana zagoiła się po upływie ok. 10 tygodni. Zaburzenia mowy znikły. Przyszedł on do mnie, aby się przedstawić, jako zdrowy; zajmuje się swą uciążliwą pracą, jako szklarz wiejski. Okazało się jednak, że w tym czasie miał dwa napady z drgawkami z utratą przytomności, ostatni przed 11-tu tygodniami. Dno oczu — normalne. Tętno 80.

26.IX. Wczoraj wystąpił atak padaczkowy, który trwał 10 min.

9.I.1923. Przed tygodniem znowu napad. Rozpoczyna się od zawrotów głowy, zaburzeń mowy. Chory zapomina np. imiona swych dzieci, z czego wnioskuje, że napad się zbliża, następnie — utrata przytomności. Po upływie około 15 minut napad się kończy, chory odzyskuje przytomność.

8.III. Dziś znowu był napad. Pacjent wyraża przekonanie, że napady ustaną z chwilą, gdy nieznaczna wydzielina z lewego ucha się zatrzyma.

15.VI. Napady występują w odstępach mniej więcej 5—10 tygodniowych wśród zupełnego zdrowia, niespodzianie, nagle, zawsze we dnie. Chory pada, dostaje ogólnych drgawek. Nigdy przy tem nie przygryzł sobie języka, ani też nie oddał bezwiednie moczu. Niezwłocznie po napa-

dzie, który trwa około 15 minut, czuje się zupełnie dobrze. Przyjmuje brom wprawdzie nieregularnie, chociaż twierdzi, że lek ten działa na niego dobrze. Wycieku z ucha nie ma, słuch zachowany. Prawa źrenica > lewej.

7.VII.1924. W przeciągu więcej niż 7 miesięcy nie było napadów, chociaż chory nie przyjmował bromu. Na początku czerwca wystąpiło 6 napadów, z czego trzy z nagłą utratą przytomności, drgawkami, przeważnie prawostronnymi, które trwają około ½ godziny, poczem chory zasypia. Napady te występowały głównie zrana, gdy chory wstaje, zdarzały się jednak również na ulicy. Trzy inne napady rozpoczęły się od kurczów i bólu w pr. kończynie górnej bez utraty przytomności; pacjent wykonywa kończyną tą silne ruchy dowolne, jak nadmierne prostowanie i inne, wybiega z domu na ulicę, przez co, jak się wydaje, udaje mu się przerywać napad. Podobny napad pacjent znowu miał przed kilku dniami, chociaż przyjął brom.

Od owego czasu gruba siła prawej kończyny górnej wprawdzie nie ucierpiała, natomiast delikatniejsze ruchy pogorszyły się. Astereognozji lub porażenia dotyku brak. Po stronie prawej Jacobson dodatni. Odruchu brzusznego po stronie prawej brak. Badanie dna oczu zmian nie wykazuje. Nieznaczna niemota pamięciowa znowu się stwierdza.

23.VII. Pacjent przyjęty został na oddział kol. E. Flataua. Wystąpiły wyraźne prawostronne objawy niedowładu włącznie z twarzą, przyczem szczególnie zaznaczone są objawy te w prawej kończynie górnej ze wzmożeniem odruchów okostnowych, kostnych i ścięgnistych po tej stronie. Przy wykonywaniu jakichkolwiek czynności posługuje się lewą kończyną górną. Prawy odruch podeszwowy — niepewny, po stronie lewej odwodzenie małego palca. Rossolimo brak, objaw Goldsteina obecny. Odczyn włosoruchowy (na bodziec bólowy) występuje tylko w lewej połowie ciała. Chory wykazywał nieznaczną niemotę ruchową i nie był w stanie opowiedzieć o swem cierpieniu; niekiedy posługuje się zmienionemi słowami, również występowała nieznaczna niemota pamięciowa i zmysłowa. Czyta źle, nie rozumie ani pisanego, ani drukowanego pisma. Pismo nieczytelne, czyni wrażenie skrobaniny. Zdaje się, że chory świadomy jest swego defektu. Prawa źrenica > lewej, oddziaływują leniwie na światło. Granice lewej tarczy n. wzrokowego zatarte, w pobliżu tarczy mały wylew krwawy.

Gorączki niema, leukocytozy we krwi brak.

Według opowiadania żony chorego, napady rozpoczynają się od krzyku, poczem zjawiają się ogólne drgawki. Od Zielonych Świątek napady występowały przedewszystkiem w kończynie górnej prawej przy zachowanej świadomości, lecz złej mowie; po 5 minutach chory padał nieprzytomny

na ziemię, zjąwiały się ogólne drgawki, które trwały długo; po napadzie był przez parę godzin bardzo zamroczony.

25.VII. Wczoraj po nakłuciu lędźwiowem wystąpiły bóle głowy, wymioty oraz, podobno, drgawki w pr. kończynie górnej. Dziś rano tętno 86, ogólne drgawki. Teraz w porze południowej chory jest jeszcze blady, nieco zamroczony, wymiotuje. Tętno 60, niemiarowe. Świadomość stopniowo powraca, nie rozumie wszystkiego, prawie nic nie mówi ani też nie powtarza, nawet swego własnego imienia. Prawą kończyną górną wcale się nie posługuje. Po stronie lewej — Babiński wyraźny, prawy odruch podeszwowy nie określony również w ciągu najbliższych dni lewy Babiński wyraźniejszy niż prawy. Płyn mózgowo-rdzeniowy — normalny.

29.VII. Po nakłuciu lędźwiowem powrócił do siebie, jest zupełnie przytomny, tętno 80, miarowe. Rozumie prawie wszystko, mówi niezrozumiale, nie potrafi nazwać przedmiotów nawet z pomocą zmysłu dotykowego. Powtarzanie zdań, słów złe; pisze źle; trzyma ołówek niezgrabnie, nie ma jednak ani apraksji, ani astereognozji. Czyta pismo i druk źle i niezrozumiale. Wasserman we krwi i w płynie mózg.-rdzen. ujemny.

5.VIII. Prawostronne objawy porażenia wzmagają się, prawy Babiński, lewy odruch podeszwowy = rozstawianiu 4 ostatnich palców. Rossolima przez cały czas niema. Prawy odruch brzuszny = 0, odruchy mosznowe zachowane. Prawa źrenica > lewej. Na prawej tarczy n. wzrokowego granice nie są ostre, na lewej — zmiany wyraźniejsze, wynaczynienia nie znikły tu. Otrzymuje leczenie przeciwkiłowe (wstrzykiwanie Hg.).

16.IX. Od czasu mego ostatniego badania stan chorego znacznie się pogorszył, szczególnie w ciągu ostatniego tygodnia. Chory schudł i zbladł. Nie można wydobyć od niego ani jednego choćby przekręconego słowa, usiłuje porozumieć się gestykulacjami z pomocą lewej ręki. Rozumie mowę również gorzej, chociaż proste zlecenia, jak wysuwanie języka, zamykanie powiek, wykonuje. O pisaniu, czytaniu niema mowy. Prawostronny bezwład jest zupełny, szczególnie zaznaczony jest w prawej kończynie górnej. Czucie zdaje się zachowane, odruch rogówkowy obecny. Obustronny Babiński, Rossolimo — brak, oczopląsu niema. Przez cały czas na bóle głowy nie narzeka. Kości czaszki dookoła lewego ucha na opukiwanie i ucisk bolesne. Obustronne tarcze zastoinowe z białemi plamami, spowodowanemi zwyrodnieniem, znacznie się powiększyły, szczególnie po stronie lewej, gdzie widać również małe krwotoczki. Zdjęcie rentgenowskie wykazało zniszczenie siodła tureckiego, leukocytozy we krwi wciąż brak.

Napady padaczkowe występują teraz często, co kilka dni. Jeden z takich napadów, który miał miejsce przed 2 dniami, pielęgniarka opisuje w ten sposób: wystąpiły prawostronnie drgawki kloniczne, które objęły ró-

wnież twarz, później nastąpiła utrata przytomności, zjawiła się piana na ustach, po 5 minutach chory odzyskał przytomność.

Mało się teraz interesuje swym stanem (dawniej był lękliwy), jest nieco zamroczony, dziś po raz pierwszy oddał pod siebie mocz.

Już oddawna mówi się o zabiegu operacyjnym. Jasnem jest, że nie mamy tu do czynienia z nawrotem ropnia, raczej braliśmy pod uwagę możliwość istnienia guza. Argumenty, przemawiające za tem przypuszczeniem, będą później rozpatrzone.

18.IX. Dziś dokonano na oddz. dr. Sołowiejczyka otwarcia środkowej jamy czaszkowej w miejscu, gdzie znajdowała się dawna blizna; oponę twardą odsłonięto na dużej przestrzeni; po jej rozcięciu nie wydzielał się żaden płyn, nie widać było tętnienia, kora okazała się przekrwioną; większe naczynia żylne podobne były do grubych pijawek, liczne nakłucia we wszystkich kierunkach nie dały żadnych wyników. Niezwłocznie nastąpiło nieznaczne wypięcie się mózgu.

23.IX. Napozór wyraz twarzy nieco lepszy, więcej się interesuje swym losem. Wydobywa parę słów.

3.X. Utworzyło się duże wypadnięcie. Pacjent jest prawie zupełnie nieprzytomny. Prawemi kończynami nie wykonuje żadnych ruchów. Z prawej strony Babiński.

6.X. Wypadnięta część mózgu tak się powiększyła, że przy opatrunku oddzieliła się w postaci bryły wielkości pięści męskiej, niestety preparat nie został zachowany. Chory zmarł wkrótce potem.

Przy sekcji opona twarda w okolicy lewych płatów czołowych i skroniowych przedstawiała się w postaci chełbocącego, nie napiętego pęcherza, po otwarciu którego wylała się krew z płynem mózgowo-rdzeniowym; na dnie jamy znajdował się wielki skrzep. Po wyjęciu mózgu, z lewej półkuli daje się rozpoznać, jako taki, tylko płat potyliczny; większa część zawojów czołowych, środkowych, ciemieniowych i skroniowych przekształcona była w duży krater z zupełnie nierównem dnem, które miało barwę czerwonawą, o rozmaitych odcieniach, częściowo zaś było krwawo nacieczone. Na cięciach frontalnych poprzez zachowany biegun czołowy widać było obraz, jak przy punkcikowatem zapaleniu mózgu, biegun potyliczny w stanie rozmiękczenia. Prawa półkula, podstawa mózgu, móżdżek nie uległy zmianie. Wodogłowie wewnętrzne — mierne.

Na tylnej części przedniej powierzchni piramidy lewej kości skalistej znajdował się otwór, którego gładkie brzegi zrośnięte były z oponą twardą, — jest to dobrze zagojony otwór po pierwszej trepanacji.

Badanie drobnowidzowe różnych części dna krateru nie wykazało obecności ani elementów nowotworowych, ani też ropy. Stwierdzono tylko

drobnokomórkowe nacieczenie dookoła naczyń, przekrwienie oraz zakrzepy w naczyniach, wynaczynienia oraż detritus, a więc produkty ostrego zapalenia i rozpadu tkanki mózgowej.

Przebieg choroby tej, trwającej przeszło trzy lata, da się podzielić na dwa zupełnie ściśle odgraniczone okresy. Po zagojeniu się powstałego w identycznych warunkach rok przedtem ropotoku lewego ucha, wystąpiły szybko, w przeciągu dwuch tygodni, w następstwie lekkiego ostrego zapalenia ucha środkowego (lewa połowa twarzy oraz l. ucho wystawione były na działanie wiatru, podczas dłuższej jazdy wozem podczas dżdżystej pogody, oraz po wkropleniu jakiegoś płynu do ucha) objawy, wskazujące na udział płatu skroniowego w sprawie chorobowej. Ze względu na objawy ogólne, jak ból głowy, lekkie zamroczenie, wymioty, objawy ogniskowe, jak nieznaczna niemota pamięciowa i zmysłowa, parafazja, nieznaczne zaburzenie ze strony dróg piramidowych (osłabienie prawostronnych odruchów skórnych), początkową lewostronną tarczę zastoinową, normalną ciepłotę niekiedy przekraczającą 37^0, zwolnienie wzgl. przyspieszenie tętna, rozpoznano lewostronny ropień płatu skroniowego, który już w końcu 3 tygodnia po rozpoczęciu się choroby, poddany został zabiegowi operacyjnemu, przyczem wydobyto ok. 30 cm. gęstej, dobrotliwej ropy. Należy podkreślić szybki rozwój ropnia mózgu w następstwie pozornie niezbyt ciężkiego, nieinfekcyjnego, powstałego naskutek przeziębienia, nawrotu ropotoku ucha środkowego. Obecnie lekceważy się t. zw. przeziębienie, jednak widziałem jeszcze jednego 20-letniego mężczyznę, u którego, po podróży otwartym wozem zimą, nasiliło się przewlekłe ropienie z lewego ucha i w ciągu kilku tygodni rozwinął się lewostronny ropień płatu skroniowego, który mimo operacji spowodował śmierć (przerwanie się do komór).

Niezwłocznie po operacji następuje poprawa, która wciąż mimo wahań szła naprzód, pozostała jednak nieznaczna niemota pamięciowa oraz lewostronna tarcza zastoinowa; nagle w 5 tygodni po operacji wystąpił ciężki napad padaczki. Początkowo istniała tendencja, by uzależnić atak ten od zwiększenia się procesu ropnego w lewym płacie skroniowym; wszak piszą o nawrotach wyleczonych ropni pochodzenia usznego [1]). Obserwowałem u 18-letniego mężczyzny prawostronny ropień płatu skroniowego pochodzenia usznego; chory ten czuł się po opróżnieniu ropnia przez kol. Koenigsteina dobrze i opuścił zakład. Nagle jednak po 2 miesiącach wystąpiły ciężkie objawy mózgowe; otworzono ranę i tenże kolega dwukrotnie wydobył wiele ropy; pacjent zmarł na zapalenie opon mózgowych). Na razie napad padaczki nie miał żadnego wpływu na dalszy przebieg sprawy chorobowej

---

[1]) *Ninger*. Otogene Hirnabscesse und Meningitiden. Ref. Zeitschr. f.d. ges. Neurologie u Psychiatrie XII. str. 203.

u naszego pacjenta; wszystkie objawy, jak również niemota pamięciowa oraz lewostronna tarcza zastoinowa, cofnęły się, rana zagoiła się po upływie około 10 tygodni, ale okazało się, że atak epileptyczny stanowił początek II-go okresu choroby, a właściwie nowego schorzenia.

Pacjent po opuszczeniu kliniki prywatnej uprawia nadal swój uciążliwy zawód, jako wiejski szklarz, uważa się za zdrowego, miewa jednak napady w odstępach kilkumiesięcznych (do 7 miesięcy). W pierwszych czasach były to tylko zawroty głowy, zaburzenia pamięci, które na krótko poprzedzały napad; wkrótce jednak, odrazu na początku napadu, występuje utrata przytomności i zawsze dzieje się to wednie. Podczas napadu zjawiają się ogólne drgawki. Nigdy chory nie przygryzł sobie języka i nie oddawał bezwiednie moczu. Niezwłocznie po napadzie, który trwał zwykle około 15 minut, czuł się zupełnie zdrowym. Brom, zdaje się, nie wywierał żadnego wpływu.

W dalszym przebiegu wystąpiła zmiana w zewnętrznym wyglądzie napadów, drgawki przeważnie były prawostronne. Według opisu zjawiały się początkowo drgawki w prawej kończynie górnej, przyczem przytomność była zupełnie zachowana, lecz mowa wadliwa; po 5 minutach pacjent padał bez przytomności na podłogę, zjawiały się ogólne drgawki. Teraz po napadzie przez kilka godzin jest bardzo zamroczony. W szpitalu obserwowano napad o typie Jacksona w postaci prawostronnych drgawek klonicznych, obejmujących i twarz. Napady stają się częstsze. Pierwsze objawy ogniskowe, jak niedowłady, zjawiają się późno, dopiero po 30 miesiącach Gruba siła prawej kończyny górnej z początku nie uległa zmianie, ucierpiały tylko delikatniejsze czynności, występują lekkie zaburzenia ze strony dróg piramidowych (brak pr. odruchu brusznego, Jacobsohn po prawej stronie dodatni), zjawia się znowu nieznaczna niemota pamięciowa. Szybko posuwa się naprzód prawostronny niedowład, początkowo porażona zostaje prawa kończyna górna, w ciągu paru tygodni ulega porażeniu cała prawa strona, przeważnie zaś prawe ramię, z wyraźnemi objawami piramidowemi (Babiński i t. d.). Równolegle rozwija się skomplikowana niemota; początkowo zaburzenia mowy są nieznaczne, wkrótce jednak niemota ruchowa staje się zupełną, występuje aleksja, agrafja, również i rozumienie mowy ucierpiało, chociaż proste polecenia, jak wysuwanie języka, zamykanie oczu, wykonywa. W tym samym czasie występują zmiany na dnie oczu: początkowo na lewej, niebawem jednak i na prawej tarczy n. wzrokowego zjawia się zastoina, wkrótce obustronna tarcza zastoinowa staje się wyraźną, szczególnie po stronie lewej, gdzie również widoczne są małe wylewy krwawe.

Na ból głowy chory w przeciągu całego II-go okresu, a więc prawie

przez 23 miesiące nie narzeka; tylko kości czaszki dokoła lewego ucha są wrażliwe przy ucisku i opukiwaniu. Dawniej lękający się o stan swego zdrowia pacjent staje się apatycznym, coraz więcej zamroczonym, oddaje pod siebie mocz. Po nakłuciu lędźwiowem, które zresztą źle zniósł, miał bóle głowy i wymioty. Tętno — zwolnione i niemiarowe. T^0 przez cały czas prawidłowa, leukocytozy stale we krwi brak. Wasserman we krwi i w płynie ujemny.

Obraz chorobowy w tym II-gim okresie cechowały więc przedewszystkiem przez długi czas napady padaczki, wobec tego, że pierwszy napad wystąpił 5 tygodni po operacji lewego płata skroniowego, gdy ropień znajdował się jeszcze w toku gojenia się, można było przypuszczać, że istnieje w związku z tem cierpieniem, a nawet myśleć o posuwaniu się ropnego zapalenia mózgowia. W każdym bądź razie zwracało uwagę to, że napad wystąpił w okresie wyraźnej poprawy, gdy ropień zdradzał tendencję do gojenia się. To przypuszczenie okazało się w dalszym przebiegu choroby mylnem, albowiem, mimo następnych napadów, proces gojenia się nie ulegał zmianie; wszystkie objawy, a wśród nich i lewostronna tarcza zastoniowa, cofnęły się; pacjent czuł się zupełnie dobrze i uprawiał nadal swój ciężki zawód. Po wygojeniu się ropnia napady padaczkowe zjawiają się znowu w dużych odstępach czasu; wtedy można było przypuścić, że blizna po ropniu lub torbiel mogły spowodować ataki, chociaż zdarza się to nader rzadko. Nie przeczyłby temu, fakt, że ataki te niebawem przybrały charakter objawowy i że brak było bólów głowy; przeciw temu przemawiał zaś fakt, że napady nie były jednakowe, że zmieniał się ich kształt zewnętrzny. Gdy po upływie około 30 miesięcy, objawy zaczęły szybko narastać, gdy wystąpiły objawy połowiczego porażenia, wyraźna skomplikowana niemota, tarcza zastoniowa z początku na lewem oku, jasnem było, że mamy przed sobą rozwijające się schorzenie; myśleliśmy, rzecz zrozumiała, o guzie. Guz ten umiejscawialiśmy mniej więcej w tych samych okolicach, co i poprzedzający go ropień, a więc w lewym płacie skroniowym. tylko że musiał on obejmować i sąsiadujące tereny. Wobec tego, że prócz pamięciowej i zmysłowej niemoty (ta ostatnia była najmniej zaznaczoną i rozumienie mowy w II-gim okresie choroby utrzymało się najdłużej, prawie do końca) wystąpiła również niemota ruchowa z agrafją i aleksją, schorzenie musiało objąć również tylną część zrazu czołowego III, możliwe nawet, że przechodziło na dolny zraz ciemieniowy; wobec tego, że napad rozpoczynał się od drgawek w prawej kończynie górnej, porażenie najpierw również tu wystąpiło i najsilniej też tu bylo zaznaczone, do sprawy chorobowej musiałaby być wciągnięta przynajmniej dolna część przedniego zrazu środkowego. Takie posuwanie się sprawy chorobowej, obejmującej sąsiadujące tereny, własciwe jest raczej

guzom; przeciw nawrotowi ropnia przemawiał zarówno brak leukocytozy we krwi, jako też i brak podwyższonej ciepłoty. Przebieg choroby nie przemawiał również za surowiczem zapaleniem opon mózgowych; zresztą po nakłuciu lędźwiowem nastąpiło pogorszenie; trepanacja czaszki nie spowodowała żadnej poprawy. W I-ym okresie ropnia wystąpiła tarcza zastoniowa po stronie ogniska, ale wcześnie i była słabo zaznaczona. W II-gim okresie choroby wystąpiła ona później po upływie około 30 miesięcy, przyczem również początkowo po stronie lewej, niebawem jednak przeszła na stronę prawą, szybko przybierała na sile, wciąż oddając pierwszeństwo lewej tarczy, jak to się rzadko zdarza przy ropniu, lecz często przy guzie. Za tem ostatniem przemawiał również wynik badania promieniami Rentgena, które wykazało zniszczenie siodła tureckiego.

Przebieg sprawy chorobowej nie był również charakterystyczny dla kiły, brak było stałych bólów głowy; nerwy podstawy czaszki nie były zajęte; wprawdzie podaje się, że prawa źrenica > lewej, ale oddziaływanie na światło było zachowane początkowo i dopiero pod koniec było znacznie osłabione; leczenie przeciwkiłowe pozostało bez skutku. Odczyn Wasermanna we krwi i w płynie mózgowo-rdzeniowym — ujemny. Wszystko przemawiało raczej za guzem, nawet i to, że chory źle zniósł nakłucie lędźwiowe.

Przy operacji nie znaleziono guza. Już brak tętnienia mózgowia, tembardziej zaś wypięcie się mózgowia przez otwór trepanacyjny podczas zabiegu operacyjnego, wskazywało na znaczne ciśnienie wśródczaszkowe. Również i sekcja nie rozstrzygnęła sprawy ostatecznie: nie znaleziono ani ropy, ani elementów nowotworowych, ani też kiłowych (naczynia i t. d.); wodogłowie wewnątrzne było umiarkowane, a więc nie mogło tu być mowy o surowiczem zapaleniu opon mózgowych. W ścianach dużej jamy, wypełnionej krwawo-surowiczą treścią, która pozostała po oddzieleniu się wypadniętej części mózgowia, stwierdzono oznaki zapalenia i rozpadu tkanki nerwowej. A jednak miało się tu do czynienia prawdopodobnie z guzem; przemawiał za tem cały długi przebieg kliniczny. Możliwe jest, że guz ten znajdował się w dużej wypadniętej bryle, która się oddzieliła podczas opatrunku, lecz niestety nie została zbadana.

W sprawie powikłań zapalnych opon mózgowych.

Najczęstszem wewnątrzczaszkowem powikłaniem ropotoku ucha środkowego wydaje się być zapalenie opon mózgowych. Według *Myginda* [1]) na 207 przypadków było 68 proc. zapalenia opon, 50 proc. zapalenia zakrzepowego zatok żylnych, 20 proc. ropni mózgu, 9 proc. ropni podtwardów-

[1]) Otogene multiple intrakranielle Krankheiten. Ref. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u Psychiatrie 1921 XXVII. str. 354.

kowych. Ocena prognostyczna powikłań zapalnych opon nie zawsze jest łatwa; możemy mieć do czynienia z postacią dobrotliwą, z drugiej zaś strony może mieć miejsce prawie śmiertelne zapalenie opon na tle zakażenia paciorkowcami; pomiędzy temi dwiema krańcowościami zdarzają się postacie pośrednie. Jeżeli płyn mózgowo-rdzeniowy jest przezroczysty, jałowy, a pleocytoza nieznaczna, mamy wtedy do czynienia z dobrotliwą postacią, może nawet z zupełnie niewinnem surowiczem zapaleniem opon, tak zwanem rzekomem zapaleniem opon mózgowych, meningismus, przy którem płyn mózgowo-rdzeniowy jest prawidłowy. Jeżeli płyn mózgowo-rdzeniowy jest mętny, ropny, to i wówczas jeszcze los chorego nie jest przypieczętowany, rezultat badania nie jest na każdej wysokości przestrzeni podpajęczynówkowej jednakowy. *Widal* uzależnia zmienność odczynu bioptycznego od nagromadzenia się komórek w dolnych odcinkach przestrzeni podpajączynówkowej. Wiele zależy od tego, czy płyn mózgowo - rdzeniowy jest jałowy i jakie zawiera on zarazki ropotwórcze. Trzeba jednak przyznać, że ani sam obraz kliniczny, ani nawet charakter cyto i bakterjologiczny płynu mózgowo-rdzeniowego, nie stanowią bezwzględnego probierza dla oceny prognostycznej danego przypadku; znane są przypadki wyleczonego zapalenia paciorkowcowego opon mózgowych pochodzenia usznego, z drugiej strony przypadki z jałowym płynem mózgowo-rdzeniowym miały przebieg śmiertelny (*Aboulker*). *Bickel*[1]) przytacza 2 przypadki, w których płyn mózg.-rdz. był przezroczysty i wolny od komórek wielojądrzastych, a jednak zawierał bakterje. Według *Cushinga*[2]) płyn mózg.-rdzen. lędźwiowy może być jałowy, wówczas gdy płyn komorowy zawiera drobnoustroje; wszak komunikacja między mózgowiem a przestrzenią podpajęczynówkową rdzenia może być przerwana.

Może najbardziej odpowiada faktycznym stosunkom podział *Myginda*[3]). Odróżnia on 5 postaci powikłań oponowych przy ostrem i przewlekłem zapaleniu ucha środkowego: 1. Meningismus (rozlane objawy zapalenia opon, płyn mózgowo-rdzen. normalny); 2. Meningitis circumscripta (miejscowe objawy zapalenia opon, nieznaczna pleocytoza); 3 Meningitis collateralis (rozlane objawy zapalenia opon, przezroczysty, wolny od bakterji płyn, nieznaczna 13—15 komórek wzgl. średnia (15 do 200 komórek) pleocytoza), rzadko przechodzi w ogólne, śmiertelne zapalenie opon mózgowych; pleocytoza w płynie mózgowo-rdzeniowym winna być według niego uważana za groźny znak; 4. Meningitis diffusa purulenta benigna; 5. Me-

---

[1]) Cyt. u Karbowskiego.

[2]) Cyt. u Oppenheima Lehrbuch, str. 1164.

[3]) Die otogene Kollaterale Meningitis. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u Psychiatrie 1923, str 431 oraz XXXV, str. 90.

ningitis diffusa purulenta maligna. Nie należy jednak zapominać, że początkowo przezroczysty płyn mózgowo-rdzeniowy z nieznaczną pleocytozą może w następstwie przybrać postać wybitnie ropną, jak to obserwowałem w przypadku ropnia mózgu, który zakończył się śmiertelnie; *Körner* przypadki takie traktuje, jako wstęp do ropnego zapalenia opon mózgowych. *Alexander*[1]) uważa jednak, że rokowanie nawet co do operowanych przypadków jest ostatecznie złe; przypomina on chorego, który po operacji, dokonanej przed rokiem, całkowicie się poprawił, przyczem płyn mózgowo-rdzeniowy był przezroczysty. W 6 tygodni później, po zabawie w ogrodzie, nagle wystąpiła wysoka gorączka, nowy napad meningityczny, jak to nazywa *Alexander*, podczas którego chłopiec zmarł; niema tu mowy o potwierdzeniu sekcyjnem, jednak trudno oprzeć się wrażeniu, czy nie mamy w tym przypadku do czynienia z ukrytym ropniem, który się przerwał.

Ciekawy przypadek pod względem przebiegu przytaczają *Lanois i Jacod*[2]), spostrzegli oni w tym przypadku trzy okresy chorobowe, odgraniczone od siebie odstępami pozornego wyzdrowienia; pierwszy odstęp trwał prawie miesiąc. Podczas trzech tych okresów choroby występowały klasyczne objawy zapalenia opon mózgowych: ropny płyn mózg.-rdzen. i jeden raz Jackson. W przerwach wolnych od dolegliwości płyn mózgowo-rdzeniowy zachowywał się normalnie; utrzymywało się tylko nieznaczne podniesienie ciepłoty oraz oczopląs. Przypadek ten zakończył się wyleczeniem.

Wewnątrzczaszkowe powikłanie zapalenia uszu może być wieloogniskowe, jak np. ponad twardówkowy i ponadzatokowy ropień oraz zakrzep zatok, ten ostatni oraz zapalenie opon. Według statystyki *Myginda*, dotyczącej 207 przypadków, w 65 proc. powikłania były jednoogniskowe, w 35 proc. wieloogniskowe. Ropnie mózgu pochodzenia usznego zazwyczaj są jednoogniskowe, nierzadko jednak występują wieloogniskowo. Np. na klinice prof. *Erbrycha* stwierdzono obok, opróżnionego w drodze operacji, ropnia lewego płatu skroniowego drugi, nie komunikujący się z pierwszym ropień w lewym płacie skroniowo-potylicznym. Na tym samym oddziale widziałem na sekcji, obok operowanego lewostronnego ropnia móżdżkowego, duży ropień lewego płatu skroniowego, który klinicznie przebiegał bez objawów.

Przy niepowikłanym ropniu mózgowym mogą objawy oponowe nie występować; płyn może się okazać prawie normalnym. *Fremel*[3]) wypowiada

---

[1]) Uwaga dyskusyjna do odczytu *Meyera*, Grosser, subduraler abgesackter Eiterherd an der Konvexität der Stirn, — Schläfen, — und Scheitellappen nach akuter Mittelohrentzündung. Monatschr. f. ohrenheilkunde, Laryngo-Rhinol. 1925. Rocznik 59.

[2]) Contrubution à l'étude des meningites suppurées otogénes o remission 1923. Ref. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u Psychiatrie, XXXVII, str. 30.

[3]) Cyt. u Karbowskiego, l. c.

się za przypuszczeniem, że w przypadkach ropni mózgowych istnieje aseptyczny okres zapalenia opon mózgowych, jako objaw obronny: Meningitis symptomatica (concomitans *Schotmüllera*). W większości przypadków, szczególnie takich, które występują w związku z ostrem lub nasilającem się zapaleniem ucha środkowego, istnieją objawy zapalenia opon od lekich aż do najcięższych; odpowiednio do tego płyn mózgowo-rdzeniowy może być przezroczysty z nieznaczną pleocytozą, aż do ropnego. Niezawsze objawy te kroczą równolegle, niekiedy daje się zauważyć wybitne t. zw. kliniczne objawy zapalenia opon mózgowych, jak sztywność karku, objaw Kerniga, przeczulicę i t. d. z nieznaczną pleocytozą, albo też brak objawów klinicznych wzgl. są one bardzo nieznaczne, za to zaś płyn mózg.-rdzen. odznacza się stosunkowo wybitną pleocytozą i daje dodatni odczyn Nonne-Apelta. Według *Fremela* charakterystycznym dla ropnia mózgu jest mętny, jałowy płyn mózgowo-rdzeniowy. W jednym z moich przypadków wystąpiło naprzód ropne zapalenie opon mózgowych, wkrótce potem objawy lewostronnego ropnia płatu skroniowego; pomimo operacyjnego opróżnienia ropnia, chory zginął prawdopodobnie wskutek przerwania się ropy do komór. Śmiertelne zapalenie opon mózgowych może się dołączyć wtórnie do operowanego ropnia, gdy ten ostatni zbliża się do powierzchni i zakaża opony miękkie, wzgl. gdy przebija się do przestrzeni podpajęczynówkowej.

Dobrotliwe zapalenie opon mózgowych, jako objaw towarzyszący innemu usznemu, wewnątrz czaszkowemu powikłaniu, może minąć, wówczas gdy to ostatnie prowadzi do śmierci (*Mygind*[1]). Znane są przypadki ropni mózgowych, pochodzenia usznego, po wyleczeniu zapalenia ucha środkowego; przerwa pomiędzy wyleczeniem schorzenia usznego a wystąpieniem objawów mózgowych wynosiła do 10 miesięcy. Z reguły ropień zwykł wystąpić w ostrem stadjum cierpienia usznego, istnieje jednak możliwość, że rozwija się on wyjątkowo dopiero po pozornem wyleczeniu schorzenia usznego (*Henius*)[2]). Bardzo ciekawe, acz mniej znane, są przypadki, w których, w przebiegu nasilającego się przewlekłego lub ostrego ropotoku ucha środkowego, występuje ropne zapalenie opon mózgowych, które przechodzi, lecz wkrótce potem, po okresie zdrowia, rozwijają się objawy ropnia mózgu. Taki przypadek miałem sposobność widzieć na klinice prof. Erbrycha. Była to 14-letnia dziewczynka, u której przed 5 laty po odrze wystąpił lewostronny ropotok uszny. W końcu maja r. 1925 nagle wystąpił silny ból ucha i głowy, ciepłota do 40°, wymioty. Gdy chora po 2 tygodniach przybyła do kliniki, stwier-

[1]) Benign forms of otogenetic Meningitis Ref. Zeitschr. f. d. ges. Neurlogie u. Psychiatrie 1922, Tom XXXIV str. 173.

[2]) Temże, XXXV, str. 108.

dzono wyraźne objawy zapalenia opon mózgowych: pierwsze nakłucie lędźwiowe dało płyn mętny, 1200 leukocytów, drugie — 500 leukocytów, następne nakłucia nie dały wogóle płynu (zrosty?) Zarówno z ropy z ucha, jak i z płynu mózgowo-rdzeniowego wyhodowano Proteus vulgaris. Dokonano radykalnej operacji z otwarciem środkowej jamy czaszkowej. Opona twarda nie była zmieniona, nakłucia próbne płatu skroniowego nie dały żadnych wyników. W ciągu najbliższych dni nastąpiło znaczne polepszenie; przypuszczano, że chora powraca do zdrowia; z objawów przedmiotowych stwierdzono tylko, że prawy odruch brzuszny jest słabszy od lewego. Niebawem jednak wystąpiły zaburzenia mowy i pamięci; dno oczu przez cały czas prawidłowe. Z lewego płatu skroniowego wydobyto około 30 cm. ropy. Chora wyzdrowiała.

Zupełnie podobny przypadek 5-letniej dziewczynki opisują *Bregman* i *Simchowicz*. Dotyczył on ostrego, napozór zupełnie dobrotliwego ropotoku usznego, który wkrótce minął, po paru tygodniach jednak wystąpiły objawy oponowe. Wezwany specjalista chorób usznych nie znalazł więcej żadnych zmian w uchu i nie był skłonny przypuścić, by istniał związek pomiędzy obecną chorobą a poprzednią. Płyn mózgowo-rdzeniowy okazał się mętnym, zawierał około 1000 leukocytów, był jałowy. Rozpoznano raczej nagminne zapalenie opon mózgowych i zastosowano dolędźwiowo surowicę przeciwmeningokokową z dobrym wynikiem, gdyż zapalenie opon zupełnie minęło, a płyn mózgowo-rdzeniowy stał się przezroczystym. Po wielu dniach zupełnego zdrowia zjawiły się bóle głowy nad lewem okiem (jak za pierwszym razem), napady omdlenia; stwierdzono wtedy obustronną tarczę zastoinową; zaburzeń mowy nie było. Śmierć nastąpiła niebawem nagle wśród objawów zapaści. Na sekcji stwierdzono duży, otoczony twardą torebką, ropień lewego płatu skroniowego, który rozwijał się głównie kosztem warstwy rdzeniowej III-go zawoju skroniowego oraz dolnej powierzchni płatu skroniowego. Na preparacie opony miękkie wydawały się niezmienionemi, tylko na dolnej powierzchni lewego płatu skroniowego były z nim zrośnięte oraz w przestrzeni międzynóżkowej zmętniałe. W ten sposób również anatomicznie, niestety nie mikroskopowo, stwierdzono wygojenie się ropnego zapalenia opon mózgowych.

Obydwa przypadki dotyczyły osobników młodych (14 i 5-letnie dziewczynki). W pierwszym, z powodu nasilenia się dawnego lewostronnego ropotoku ucha środkowego, dokonano radykalnej operacji z otwarciem środkowej jamy czaszkowej; wielokrotne nakłucie lewego płatu skroniowego nie dały żadnych wyników. W drugim przypadku lekkie, ostre zapalenie ucha środkowego, które wkrótce minęło, poprzedzało parę tygodni ciężkie, ropne zapalenie opon mózgowych. W obydwu przypadkach zapalenie opon cał-

kowicie się cofnęło. Po krótkim okresie zdrowia, w pierwszym przypadku wystąpiły objawy ropnia lewego płatu skroniowego, który szczęśliwie był zoperowany; w drugim przypadku ciężkie objawy mózgowe doprowadziły do nagłego zejścia śmiertelnego, a sekcja ujawniła duży, otorbiony ropień lewego płatu skroniowego.

Mamy zatem prawo przypuścić, że w obu przypadkach było ropne zapalenie opon mózgowych pochodzenia usznego, które uległo wyleczeniu. Mało prawdopodobnem jest, by miało tu miejsce rozlane ropne zapalenie opon mózgowych, raczej było ono ograniczone; przemawiałoby za tem pomyślne zejście oraz stosunkowo nieznaczna pleocytoza (1200,1000 leukocytów). W wielu, śmiertelnie kończących się przypadkach ropnego zapalenia opon mózgowych, spostrzegałem, że ropa nie rozprzestrzenia się po całej powierzchni opon miękkich; nagromadzała się ona na powierzchni kości skalistej, w ograniczonych miejscach na podstawie mózgu i móżdżka; za życia występowały ciężkie objawy rozlanego ropnego zapalenia opon mózgowych; zapalenie opon mózgowych pochodzenia usznego może się całkowicie ograniczyć do opon rdzeniowych (Oppenheim [1]). Klinicznie nie posiadamy możności określenia rozległości sprawy chorobowej [2]).

W celu wytłumaczenia sposobu powstania ropnia mózgu przy ropotoku ucha środkowego podano liczne hypotezy. Według nich schorzenie to miało powstać bądź przez drogi chłonne, bądź też krwionośne. Najwięcej zwolenników posiada hypoteza, że na spróchniałej kości skalistej powstaje ograniczone zapalenie opon, które prowadzi do wytworzenia się zakrzepów w naczyniach, co powoduje ograniczone rozmiękczenie substancji mózgowej z niezwłocznem osiedleniem się chorobotwórczych zarazków. Tu interesuje nas stosunek ropnia do ropotoku usznego i do zapalenia opon mózgowych oraz następstwo w czasie tych schorzeń. W obu wspomnianych przypadkach mało prawdopodobną jest hypoteza, że ropne zapalenie opon mózgowych oraz ropień wywołane zostały przez tę samą przyczynę, mia-

---

1) Lehrbuch, str. 1166.

2) Również i rozmieszczenie ropy jest napozór zupełnie dowolne przy nagminnem zapaleniu opon mózgowych. Widziałem przypadki, gdzie zapalenie opon rdzeniowych uległo wyleczeniu, natomiast w oczkach opony miękkej mózgu oraz w komorach znajdowało się wiele ropy. Jeszcze niedawno temu widziałem przypadek zapalenia pneumokokkowego opon na oddz. kol. E. Flatau'a, gdzie w mózgu znajdowało się mało ropy, natomiast rdzeń pokryty był pancerzem grubości do 3 mm. nie dającym się ani zmyć, ani zeskrobać, szczególnie na tylnej powierzchni.

Całkiem niewyjaśnione wydają się być dane *F. Schultze'go* (u *Oppenheima*, Lehrbuch str. 1267), według którego istnieją objawy zapalenia opon mózgowych bez stanów zapalnych w samych oponach. Cierpienie to ma się rozwijać na tle infekcji; badanie anatomiczne nie wykazuje wcale wzgl. tylko nieznaczne zmiany w oponach, natomiast w mózgu i w rdzeniu nagromadzenie komórek okrągłych.

nowicie przez ropotok uszny, gdyż zapalenie opon przeszło, ropień zaś po okresie utajonym, dalej się rozwijał. Porządek w czasie obu tych zjawisk, poprzednie wystąpienie zapalenia opon mózgowych, a następnie — ropnia, mógł nasunąć przypuszczenie, że to pierwsze schorzenie dało bodziec do rozwoju ropnia; jednakże ropne zapalenie opon mózgowych, bez względu na swe pochodzenie, nie posiada tendencji do wywoływania ropnia mózgu. Raczej wydaje się uprawnionem przypuszczenie, że ostremu okresowi zapalenia mózgowia, zanim jeszcze doszło do utworzenia ropnej jamy, towarzyszy odczynowe, oboczne, możliwie nawet toksyczne, zapalenie opon, które może minąć po przejściu ostrego zapalenia mózgu oraz po utworzeniu się wału ochronnego w postaci torebki, wszak opony mózgowe posiadają wiele możliwości i dróg, któremi mogą odtransportować przetwory zapalne.

Ropne zapalenie ucha środkowego, a nagminne zapalenie opon mózgowych.

Nie każde ropne zapalenie opon mózgowych, występujące u chorego na ropotok uszny, znajduje się w przyczynowym związku z tem ostatniem. Taki osobnik może niezależnie od tego zapaść na nagminne zapalenie opon mózgowych. Nawet prawdopodobnem jest, że fakty takie są wcale nierzadkie i że wiele przypadków przypuszczalnego zapalenia ropnego opon mózgowych pochodzenia usznego należy do tej kategorji [1]. Nie jest to, rzecz prosta, obojętne, albowiem zaoszczędza się choremu ciężkiej operacji i można zastosować odpowiednią kurację. Rozpoznanie nagminnego zapalenia opon nie zawsze jest łatwe, nie zawsze też udaje się stwierdzić obecność swoistych zarazków, opryszczkę wargową tak charakterystyczną dla nagminnego zapalenia, która zresztą może występować i przy ropnem zapaleniu opon pochodzenia usznego. Odpowiednie spostrzeżenie, zresztą ciekawe również i pod innym względem, przytaczam w skróceniu poniżej:

U 25-letniego chorego R. wystąpiły, przy zadawnionem prawostronnem ropieniu ucha środkowego, ciężkie objawy oponowe; płyn mózgowo-rdzeniowy zawierał wiele tysięcy wielojądrzastych. Dnia 3.XII.1924 dr. Lubliner dokonał radykalnej operacji z otwarciem środkowej jamy czaszkowej. Znaleziono perlak, zewnętrzna powierzchnia opony twardej nie lśniła, wielokrotne nakłucia prawego płatu skroniowego nie dały wyniku.

Stan pacjenta początkowo mało się zmienił, był dość ciężki. Dopiero w końcu drugiego tygodnia po operacji nastąpiła poprawa, która postępowała równolegle z polepszaniem się płynu mózgowo-rdzeniowego. 22.XII

[1]) cf. u Karbowskiego.

odnotowano, że pacjent jest prawie bez gorączki i że stan chorego stale się poprawia. Tem niemniej płyn mózgowo-rdzeniowy zawierał ok. 400 leukocytów, oraz 200 limfocytów.

Ze względu na tę samoistną poprawę, tak ciężkiego zapalenia opon, nasunęło się przypuszczenie, czy nie mamy tu do czynienia z nagminnem zapaleniem opon; wielokrotnie dokonywane badanie bakterjologiczne płynu nie dało dodatnich wyników, a w zabarwionym preparacie suchym również nie znaleziono bakterji; z ropy ucha wychodowano łańcuszkowce. Od owego czasu choremu dawano systematycznie dolędźwiowo surowicę przeciwmeningokokkową. Poprawa posuwała się naprzód, mimo to porażenie lewego n. odwodzącego trwało, 5.I.1925 odnotowano: Pacjent bez gorączki, całkowicie przytomny, jest jednak głuchy na lewe ucho (z powodu schorzenia n. słuchowego). Sztywność karku nieznaczna. Wybitna dotychczas przeczulica skóry i mięśni ustąpiła. 8.I.1925; przezroczysty płyn mózgowo-rdzeniowy zawierał ok. 70 wielojędrzastych oraz 140 limfocytów; odczyn Nonne-Apelta — dodatni.

10.I rozpoczyna się znowu, mimo stanu bezgorączkowego, tętno 60, pogorszenie, świadomość staje się coraz bardziej zamroczoną. Mowa jest niewyraźna, w ogóle mówi bardzo mało; sztywność karku nieznaczna, brak odruchów rogówkowych. Źrenice, podczas tegoż badania, są maksymalnie rozszerzone, to znów bardzo wąskie. Płyn mózgowo - rdzeniowy przytem wciąż się poprawia; 14.I płyn mózg.-rdzen. pod wysokiem ciśnieniem wypływający, zawierał 50 leuko- i 70 limfocytów.

Około 17.I chory odzyskał nieco przytomność. Stwierdzono nieznaczny lewostronny niedowład i niekiedy Babińskiego i Rossolimo z tej samej strony. Na dnie oczu objawy nieznacznej obustronnej tarczy zastoinowej. Chory otrzymuje w dalszym ciągu surowicę, lecz już nazajutrz 23.I oraz następnych dni stan chorego pogarsza się, świadomość znika, znikają też odruchy kolanowe. Jeszcze w przededniu śmierci, która nastąpiła 3.II, płyn mózgowo-rdzeniowy zawiera około 20 limfo- i leukocytów.

Sekcja (4.II). Opony prawie bez zmian, gdzieniegdzie tylko zlekka zmętniałe, miejscami np. w okolicy n.n. słuchowego i twarzowego nitkowate zrosty, otwór Magendiego otwarty, mózg duży, zawoje spłaszczone, tak samo spłaszczony most i rdzeń przedłużony. Duże wodogłowie wewnętrzne pośrodku móżdżka w pobliżu robaka górnego, ropień większy od kasztana, przenikający do obydwu półkul, zaopatrzony w torebkę i zawierający gęstą ropę; kora nigdzie nietknięta.

Samoistna poprawa objawów oponowych oraz płynu mózgowo-rdzeniowego, która nastąpiła nie odrazu po radykalnej operacji, lecz w dalszym przebiegu choroby, pozwalała przypuszczać, że chodzi nie o rozlane ropne

zapalenie pochodzenia usznego, lecz o nagminne zapalenie opon. Dalszy przebieg kliniczny potwierdzał poniekąd to przypuszczenie, gdyż np. wystąpiła głuchota na dotychczas nietkniętem uchu pochodzenia ośrodkowego, która przy zwykłem ropnem zapaleniu opon zdarza się nader rzadko, natomiast przy nagminnem zapaleniu opon stanowi pospolite powikłanie.

Poprawa trwała około 3 tygodni. Pomimo ustąpienia objawów oponowych i stałej poprawy zewnętrznego wyglądu oraz treści cytologicznej płynu mózg.-rdzen. zjawia się bez gorączki pogorszenie, świadomość zanika, z lewej strony występuje niedowład połowiczy, stwierdza się lekką tarczę zastoinową, odruchy kolanowe znikają i t. d. Byłby to wcale niepospolity przebieg rozlanego ropnego zapalenia opon mózgowych pochodzenia usznego. Tego pogorszenia nie można było zresztą przypisać nasileniu się zapalenia opon, jakiegolwiek byłoby ono pochodzenia. Za życia skłonny byłem uzależnić to pogorszenie i te objawy od następczego wodogłowia wewnętrznego, które rzeczywiście było wybitne. I teraz jeszcze myślę, czy nie należy przyjąć takiego anatomicznego podłoża dla powyższych zaburzeń, dają się one wówczas w zupełności wytłumaczyć.

Tak wybitne wodogłowie wewnętrzne stwierdzałem, jako stały objaw, na licznych sekcjach, przy których obecny byłem na oddziale kol. *E. Flatau'a*, gdzie materjał zapalenia opon mózgowych jest szczególnie obfity. W mniej licznych przypadkach ropnego zapalenia opon mózgowych pochodzenia usznego, wodogłowie wewnętrzne na stole sekcyjnym, według mego doświadczenia, nie było tak wybitnie wyrażone. Również i ta okoliczność przemawiałaby za przypuszczeniem, że w danym przypadku mieliśmy do czynienia z nagminnem zapaleniem opon mózgowych.

Należy dodać, że znalezienie w danym przypadku w móżdżku ropnia większego od kasztana i otoczonego torebką było niespodzianką. Na początku obserwacji górowały objawy oponowe. Nawet, gdy nastąpiła poprawa, trudno było dokładnie badać tego ciężko chorego pacjenta, który stale przebywał w łóżku i był mniej lub więcej zamroczony; w każdym razie brak było u niego grubszych zaburzeń, jak oczopląs, ataksja. Ale gdyby nawet obecne były objawy móżdżkowe, to mogłyby one powstać na tle tak wybitnego wodogłowia wewnętrznego, które nierzadko przebiega pod postacią schorzenia tylnej jamy czaszkowej.

Jeżeli nawet brak było bezpośrednich dowodów, w postaci decydujących danych bakterjologicznych, to na podstawie przebiegu klinicznego i wyników sekcji można było przypuścić, że w danym wypadku chodzi raczej o nagminne zapalenie opon mózgowych. Podobne cofnięcie się ropnego zapalenia, stwierdzone również anatomicznie, nie należy do rzadkości przy nagminnem zapaleniu opon mózgowych. Za tym przypuszczeniem

przemawiają również znalezione nitkowate zrosty w okolicy nerwów twarzowego, słuchowego, atakowanych ze szczególną predylekcją przy nagminnem zapaleniu opon mózgowych.

Ropień móżdżka należy jednak powiązać przyczynowo z ropieniem usznem. Ropień mózgu jako powikłanie nagminnego zapalenia opon mózgowych, jest mało znany i nader rzadko chyba się zdarza. Wobec tego, że kliniczne rozpoznanie ropnia w naszym przypadku było niedostępne, niemożliwem też było ustalić, kiedy on powstał. Pacjent był podobno do obecnej choroby zdrów; istnienie torebki dokoła ropnia wskazuje na to, że czas jego trwania wynosił około 2 miesięcy (według *Openheima* rozpoczyna się ona wytwarzać w pierwszych już tygodniach ropienia i zanim błona osiągnie swą spoistość trwa około 1½ — 2 miesiący); w ten sposób powstanie ropnia znajduje się w związku z obecną chorobą.

Ropne zapalenie ucha środkowego a gruźlicze zapalenie opon mózgowych.

Niekiedy należy rozstrzygnąć zagadnienie, czy zapalenie opon mózgowych, występujące w obecności przewlekłego ropotoku ucha środkowego, znajduje się z tem ostatniem w przyczynowym związku. Chodzi o to, czy nie mamy tu do czynienia z gruźliczem zapaleniem opon mózgowych, z przypadkowem współistnieniem tych dwuch odmiennych schorzeń. Jest to tem ważniejsze, że w razie istnienia związku pomiędzy ropotokiem ucha środkowego a zapaleniem opon, wskazane jest podjęcie niezwłoczne ciężkiego zabiegu operacyjnego na czaszce, który w wypadku gruźliczego schorzenia opon jest zupełnie bezcelowy, a nawet szkodliwy. Jeżeli schorzenie ucha miało tło gruźlicze (przy przewlekłym ropotoku zdarza się to u dzieci prawie w 20 proc. u dorosłych zaś — w 5 proc.), to nasuwa się przypuszczenie że wikłające je zapalenie opon powstało z tej samej przyczyny. Trudności są większe przy zapaleniu opon, wikłającem nieswoiste, pospolite przewlekłe zapalenie ucha środkowego. Uwzględnimy tu tylko cechy rozpoznawczo-różniczkowe. Gruźlicze zapalenie opon mózgowych napastuje przeważnie małe dzieci, czynnik dziedziczny odgrywa tu wybitną rolę. Początek tego schorzenia jest często podstępny, okres zwiastunów niekiedy trwający miesiącami, wykazuje wahania, wówczas gdy ropne zapalenie opon mózgowych pochodzenia usznego występuje przeważnie bez zwiastunów, przebieg zaś jego jest szybszy niż zupełnie nawet rozwiniętej postaci gruźlicy. Gruźlicze zapalenie opon umiejscawia się przedewszystkiem na podstawie mózgu, dlatego też tak często zajęte są nerwy czaszkowe, szczególnie zaś mięśnie oczu. Brak oddziaływania źrenic, zapalenie n. wzrokowego, tarcza zastoinowa rzadko występują przy obydwu schorzeniach;

ten ostatni objaw częstszy jest przy surowiczem zapaleniu opon mózgowych, które również należy brać pod uwagę przy rozpoznawaniu różniczkowem. Gruzełki naczyniówki, które mogłyby mieć rozstrzygające znaczenie, stanowią niezmierną rzadkość. Położenie en chien de fusil, brzuch łódkowaty, przejmujący krzyk (cri encephalique) występują raczej przy gruźliczem zapaleniu opon mózgowych, wysoka ciepłota przy ropnem. Odruchy ścięgniste zniknąć mogą przy obydwu postaciach. Szczególnie decydującym jest wynik badania płynu mózgowo-rdzeniowego: przy gruźliczem zapaleniu opon płyn w większości wypadków jest wodojasny, stwierdza się w nim limfocytozę, odczyn Nonne-Apelta jest dodatni; laseczniki gruźlicze spotyka się nader rzadko. Przy zapaleniu opon pochodzenia usznego płyn jest mętny, zawiera niekiedy znaczną ilość leukocytów, a badanie bakterjoskopowe daje wynik dodatni. Znaczna limfocytoza odróżna m. in. postać gruźliczą od surowiczego zapalenia opon, które tak często towarzyszy schorzeniom usznym i rozpoczyna się ostro. Gdy rokowanie przy gruźliczem zapaleniu opon jest bezwzględnie niepomyślne, to, jak doświadczenie ostatnich lat wykazało, ropne zapalenie opon pochodzenia usznego udaje się nierzadko wyleczyć, przy surowiczem zapaleniu opon mózgowych stanowi to niemal regułę.

Z oddziału chorób nerwowych i wewnętrznych w szpitalu na Czystem
(Ordynator *L. E. Bregman*).

W SPRAWIE ROZPOZNAWANIA SCHORZEŃ RDZENIOWYCH ZA POMOCĄ LIPJODOL'U[1].

podali

L. E. BREGMAN i P. SZPILMAN-NEUDINGOWA.

Ogłoszony przed kilku laty przez *Sicard'a* i *Forestier'a* sposób badania spraw rdzeniowych z zastosowaniem Lipjodol'u przyjęty został przez ogół neurologów z wielkim entuzjazmem. Piękne obrazy, określające górną i dolną granicę ogniska, uciskającego rdzeń z nieznaną przedtem dokładnością budziły zasłużony zachwyt. Wprawdzie klinika dała nam w ostatniem dziesięcioleciu cały szereg sposobów badania, ułatwiających rozpoznanie nowotworów i ich umiejscowienie, że wymienimy tylko rozszczepienie białkowo-komórkowe w płynie mózg.-rdzeniowym, objaw *Quequenstädt'a*, badanie za pomocą wpuszczania powietrza do kanału kręgowego, zachowanie się tak zwanych odruchów obronnych, atoli badanie Lipjodol'owe nadało rozpoznaniu większą pewność a tem samem ułatwia nam określenie wskazań do postępowania chirurgicznego, a co za tem idzie do wcześniejszego usuwania n-tworu. Niemniej ważne jest, że zawdzięczając Lipj. możemy ograniczyć laminectomję do mniejszej liczby kręgów co, niewątpliwie, wpływa na mniejsze niebezpieczeństwo i pomyślniejsze rokowanie zabiegu; to też w związku z zastosowaniem nowego sposobu badania wyniki operacyjne n-tworów rdzenia w ostatnich latach znacznie się poprawiły.

Już w 1924 r. jeden z nas (*Bregman*[2]), pisząc o badaniu spraw rdzeniowych za pomocą Lipj., zaznaczył, że pożądane jest zebranie jaknajwiększego materjału klinicznego i że wtedy dopiero można będzie określić istotną wartość tego sposobu badania i zakres jego stosowania. W pracy

---

[1]) Odczyt wygłoszony w Zrzeszeniu Lekarzy Rzeczp. Polskiej dn. 8.XI.1927 r.

[2]) *Bregman* — Czasop. Lek. 1924 r.

tej zwrócono również uwagę na to, że badanie Lipj-we daje niekiedy obrazy trudne do wytłómaczenia. Doświadczenie ubiegłych 3 l. wykazało szereg trudności przy stosowaniu Lipj. W niektórych przypadkach powstają błędy nieuniknione, bo wynikające ze stosunków anatomicznych danego przypadku. Tak np. w przypadku *Veraguth'a* [1]) usunięto n-twór zewnątrzrdzeniowy w górnej części grzbietowej, rozpoznany za pomocą Lipj., stan chorego po operacji nie poprawił się, oględziny pośmiertne wykazały istnienie 2-go n-tworu wewnątrzrdzeniowego, położonego nieco wyżej od 1-go.

W przyp. *Wüllenweber'a* Lipj. zatrzymał się na wysokości C_5: w rzeczywistości n-twór znajdował się na wysokości C_2 — C_6; n-twór rozszerzał się ku dołowi, dlatego Lipj. wskazał tu nie górną a raczej dolną jego granicę. Niekiedy zrosty oponowe powyżej n-tworu powodują wyższy poziom zatrzymania się Lipj.

Gorsza jednak, że w niektórych, aczkolwiek, rzadkich przypadkach otrzymujemy „stop" Lipj-wy bez dostatecznego usprawiedliwienia anatomicznego.

Zatrzymanie się Lipj. bez usprawiedliwienia anatomicznego może być wynikiem błędów technicznych. Ważne znaczenie ma lepkość i cięż. gat. oleju jodowego. Najlepszym okazał się Lipj. *Lafay'a*. Jodipin'a *Merck'a*, zdaniem niektórych autorów, oddziaływa na opony drażniąco. *Putman* zaleca oleje zwierzęce jako najmniej drażniące. Należy unikać przedostania się do strzykawki pęcherzyków powietrza i w tym celu wlewać Lipj. wprost do strzykawki zamiast nabierania przez aspirację. Przy nakłuciu podpotylicznem nie wypuszczać płynu m.-rdzen. ponad nieuniknione kilka kropel; na kilka (do 8) dni przed nakłuciem nie dokonywać nakłucia lędźwiowego. Po zastrzyknięciu Lipj. chory siada, przez uderzanie w górną część kręgosłupa przyspiesza się opadanie Lipj. Pierwszy R-gram zdejmujemy wnet po zastrzyknięciu. Zresztą *Sicard* w ostatnim czasie daję pierwszeństwo Radioskopji, t. j. bezpośredniemu oglądaniu na ekranie spadania Lipj. Wreszcie nadmienić należy, że i w warunkach normalnych Lipjodol niekiedy, wprawdzie czasowo tylko, zatrzymuje się na wysokości D_1—D_4, gdzie kanał kręgowy bywa zwykle najwęższy.

Jak wiadomo Lipj. przedstawia się w 2 *głównych* postaciach: 1) jako *jednolita* większa massa, jedna bryła lub słup lub 2 połączone ze sobą słupki. Postać tę znajdujemy gdy światło kanału kręgowego jest zamknięte „zablokowane", co spowodowane być może bądź przez sprawy kręgosłupa, bądź sprawy wewnątrz kanału kręgowego, w 1-ej linji — nowotwory rdzenia, rzadziej — przymiot rdzenia (postać rzekomo nowotworowa), syringomyelię, a jak niżej zobaczymy także przez stwardnienie wieloogniskowe, 2) jako *rozsiane pasemka* i *krople*. Widzimy to najczęściej w sprawach opono-

[1]) *Veraguth* — Zeitschr. für die Gesam. Neur. u. Psych. tom 47 str. 810.

wych, które powodują zlepy i zrosty. Pasemka przebiegają niekiedy w pewnej odległości od linii środkowej i wtedy, prawdopodobnie, odpowiadają wychodzącym z rdzenia korzeniom.

Zatrzymanie się Lipj. w przypadkach, w których brak zablokowania kanału kręgowego, przedstawić się może w obu powyżej wymienionych postaciach t. j. zarówno w postaci jednolitej bryły jak i rozsianych kropel i pasemek. Na oddziale naszym mieliśmy w ostatnim roku 2 przyp., które ilustrują obie postaci i które z tego powodu nastręczyły mam niemało trudności klinicznych.

Przyp. I St. Gr. 56 l. Od roku stopniowo rozwijający się niedowład spastyczny kkd. w połączeniu z bezładem. Wzmożone napięcie mięśni kkd. i brzucha. Zaburzenia czucia wszelkiego rodzaju do poziomu sutek. Zaburzenia przy oddawaniu moczu. Niewielki bezład kkg. Wybitna niedokrwistość.

Lipj. zastrzyknięty podpotylicznie zatrzymał się w postaci większych i mniejszych skupień na przestrzeni od D_1 — D_6, po kilkunastu dniach skupienia sięgały do D_7 — D_8; kilka mniejszych i większych kropel widać w przestrzeniach międzyżebrowych poza zakresem trzonów kręgowych. Zastrzyknięty ponownie po upływie kilku tyg. Lipj. dał obraz podobny jak po I zastrzyknięciu, część Lipj. spadła na dno worka opony twardej, większe skupienie w kształcie półksiężyca znalazło się na wysokości D_{10} — D_{11}.

W tym przypadku obraz kliniczny odpowiadał schorzeniu rdzenia pęczkowemu (Myelitis funicularis), powstałemu, prawdopodobnie, na tle niedokrwistości. W obrazie klinicznym brak było jakichkolwiek objawów oponowych, które usprawiedliwiłyby zatrzymanie się Lipj. w opisanej postaci. Badanie pośmiertne potwierdziło zmiany zapalne w rdzeniu i brak zmian w oponach.

Przyp. II N. Gr. lat 29. Od roku bóle i parestezje w kkd. oraz stopniowo rozwijający się niedowład tych kończyn, od 5 mies. leży w łóżku. Uczucie drętwienia w rękach. Zaburzenia przy oddawaniu moczu i stolca. Przedmiotowo całkowite porażenie spastyczne kkd. Odruchów kolanowych nie otrzymuje się, odruchy ze ścięgna Achillesa — zmniejszone. Niewielki bezład kkg. Zaburzenia czucia wszelkiego rodzaju do poziomu sutek. Od roku postępująca utrata wzroku na lewem oku, prawe oko chory stracił w dzieciństwie w następstwie urazu. Obecnie ostrość wzroku $= {}^5/_{50}$. Mroczek względny przyśrodkowy typu hemianopijnego. Odbarwienie tarczy, zwłaszcza w części skroniowej. Drgania oczopląsowe przy krańcowem ustawieniu gałki. W płynie m.-rdzen. rozszczepienie białkowo-komórkowe (3 limf., N A + +, B. 0,25‰). Lipj. zastrzyknięty podpotylicznie zatrzymał się w postaci jednolitej bryły na D_1, a po 6 dniach na D_3. Lipj. zastrzyk-

nięty ponownie, ale przez nakłucie lędźw. w ułożeniu Trendelenburga podniósł się ku górze, dotykając prawie Lipj. górnego z pozostawieniem zaledwie wąskiej szparki. Po 23 dniach cały Lipj. opadł: znaleziono duże skupienie w postaci słupa na poziomie D_{11}, zaś drugie mniejsze skupienie na poziomie kości krzyżowej. R-gramy kontrolujące, dokonane po upływie 3 i 4 mies., wykazały stałe zatrzymanie się Lipj. na D_{11}. Okoliczność ta w związku z porażeniem a także z rozszczepieniem komórkowo-białkowem skłoniły nas do wykonania laminectomji pomimo że zespół kliniczny, a w szczególności zaburzenia na lewem oku wskazywały raczej na stwardnienie wieloogniskowę. Operacja (Dr. Goldsztajn) nie wykazała żadnej przeszkody w kanale kręgowym ani też jakichkolwiek zmian w oponach.

Mamy więc w przyp. stwardnienia wieloogniskowego zatrzymanie się Lipj. w postaci *dużej bryły*, najpierw czasowo na wysokości D_1 — D_3 co ewent. odnieść by można na karb fizjologicznego zwężenia kanału kręgowego na tym poziomie, potem jednak zatrzymanie się stałe w tej samej postaci na wysokości D_{11} — D_{12}, trwające przez szereg miesięcy a nie znajdujące żadnego usprawiedliwienia w wyniku zabiegu operacyjnego na danym poziomie. Zatrzymanie się Lipj. w stwardnieniu wielogniskowem spostrzegane już było dawniej przez niektórych autorów (*Roger*, *Bau-Prussakowa*, *Messing* [1]). Przypadki takie należą bądź co bądź do wyjątków, gdyż dokonane u całego szeregu chorych, dotkniętych tą samą chorobą badanie Lipj wedało nam wynik ujemny. Tłómaczenie przypadków z wynikiem dodatnim jest niezmiernie trudne: *Roger* przypuszcza, że Lipj. zostaje zatrzymany przez obrzmiałe i wystające ponad powierzchnię rdzenia ogniska sklerotyczne. *Messing* zaś wini b. delikatne zlepy oponowe, niedające się wykazać przy badaniu pośmiertnem. W naszym przyp. zasługuje na szczególną uwagę trwałe pozostawanie Lipj. na jednem miejscu w ciągu wielu miesięcy, które nasuwać musiało przypuszczenie poważniejszych zmian anatomicznych. Pierwszy przytoczony powyżej przypadek dowodzi, że i w innych sprawach rdzeniowych poza stwardnieniem wieloogniskowem Lipj. zatrzymać się może wskutek przyczyn dotąd niewyjaśnionych i w szczególności, że przedstawić się może w postaci rozsianych bryłek i pasemek, która to postać jest właściwa raczej sprawom oponowym.

Taką samą postać zatrzymania się Lipj, spostrzegaliśmy niedawno w przypadku cierpienia *ogona końskiego*. Olbrzymie znaczenie badania Lipj. w tych sprawach zostało już podkreślone przez licznych autorów. W wielu

---

1) *Messing*. Polska Gaz. Lek. № 16. 1927 r.
Bau-Prussakowa Zeitschr. für Gesam. Neur. u. Psych. Zesz. 3 i 4 str. 99.
Roger Paris Mèdical 1925 r. № 7 str. 148.

razach objawy przedmiotowe ze strony korzeni ogona końskiego są b. nikłe i nawet ujść mogą uwagi badacza. Przypadki takie nieraz przez długi czas leczone bywają jako rwa kulszowa, lumbago i t. p., a dopiero badanie Lipj. wyświetla istotę sprawy.

Przyp. III G. G. lat 36, od 11 mies. bóle krzyża, promieniujące do kończyn, napadowe. Zaburzenia przy oddawaniu moczu. Kilkakrotnie wysoka gorączka (do 40^0), trwająca 3—4 dni. Od 17 I. ropotok z uszu, znaczne stępienie słuchu. Badanie przedmiotowe wykazało niewielkie ograniczenie ruchów lew. stopy, zniesienie obu odruchów ze ścięgna Achil. i lewego kolanowego. Obustr. objaw Lasègue'a. Bolesność 4 i 5 kr. lędźw. oraz kości krzyżowej przy naciskaniu. Unieruchomienie kręgosłupa przy nachylaniu się. Badanie kręgów promieniami Rtgena zmian w nich nie wykazało, również badanie przez odbytnicę dało wynik ujemny. Nakłucie lędźwiowe nie wydobyło wcale płynu, gdyż igła napotykała opór. W czasie pobytu na oddziale stan chorego stopniowo pogarszał się, ciepłota czasami podnosiła się do 40^0, wystąpiły zaburzenia przedmiotowe czucia na narządach płciowych oraz na pośladkach i udach („Reithosen"), zwł. po stronie lewej.

Lipj. zastrzyknięty podpotylicznie zatrzymał się w obrębie kręgów lędzw. w kształcie mniejszych i większych rozsianych kropel i pasemek, niektóre zdawały się odpowiadać wychodzącym korzeniom. Laminectomia wykazała ropienie, wypełniające kanał kręgowy, które jednak nieprzebiło opony. Badanie pośmiertne wykazało sprawę ropną w kręgach lędzwiowych i rozległe ropienie w obrębie mięśnia przylędzwiowego obustronne.

W przypadku tym objawy ze strony ogona końskiego spowodowane były przez *ropienie w kanale kręgowym*, które uciskało na worek opony twardej: same korzenie, należące do ogona końskiego były niezmienione, poza paroma zlepami żadnych zmian zapalnych w obrębie ogona nie było. Lipj. nie miał tu postaci jednolitej bryły, lecz występował w postaci bryłek i pasemek rozsianych wzdłuż wszystkich kręgów lędźw.; że postać ta nie jest bynajmniej czemś charakterystycznem dla ogona końskiego dowiodły nam inne przypadki spraw ogonowych, w których Lipj. zatrzymał się pod postacią większej bryły. Być może w danym przypadku ucisk, spowodowany przez ropienie w kanale zewnątrztwardówkowym, nie dosięgnął tak wielkiego stopnia, żeby zatrzymanie się Lipj. mogło być całkowitem, lecz pozwoliło mu opaść częściowo pomiędzy korzeniami ogona końskiego.

Przechodzimy teraz do sprawy oceny wyników *ujemnych* badania Lipj. t. j. całkowitego opadania Lipj. na dno worka opony twardej. W tym względzie zaznaczyć przedewszystkiem należy, że wynik ujemny nie wyłącza bynajmniej sprawy uciskowej rdzenia. Wprawdzie notowane są przypadki, w których za pomocą Lipj. udawało się wykazać przeszkodę w kanale krę-

gowym w okresie b. wczesnym t. j. wtedy, gdy ucisk rdzenia był jeszcze b. nieznaczny a objawy ograniczały się do bólów korzeniowych, porażenia zaś nie było wcale, lub było b. nieznaczne. Takie przypadki są jednak niezmiernie rzadkie. Częściej natomiast, spostrzega się, że Lipj. w okresie wczesnym daje wynik ujemny później zaś przy ponownem zastrzyknięciu zatrzymuje się.

Przypadek taki mamy obecnie na oddziale.

Przyp. IV. M. K., lat 53. Przed 3 laty uraz lewego boku, potem przez dłuższy czas bóle w tym boku. Od 9 mies. bóle się wznowiły. Od 4 mies. parestezje i osłabienie najpierw prawej, potem lkd. Niedowład spastyczny obu kkd. zwł. lewej; bezład tychże kończyn. Zaburzenia czucia do wysokości podżebrza. Zaburzenia przy oddawaniu moczu. Płyn m.-rdzen. ksantochromiczny, rozszczepienie białkowo-komórkowe. Lipj. zastrzyknięty podpotylicznie opadł, parę kropel na wysokości D_9 i D_{10}. W ciągu pobytu niedowład kkd. powiększył się, wystąpiły wyraźne odruchy patologiczne. Chory wprawdzie mógł chodzić ale oparty z obu stron. W 2½ mies. po zastrzyknięciu Lipj. ułożyliśmy chorego w pozycji Trendelenburga na przeciąg 48 godz. i Lipj. znajdujący się na dnie worka opony twardej podniósł się ku górze i zatrzymał się na poziomie D_9. Po upływie dalszych 2 tyg. zastrzyknęliśmy ponownie Lipj. podpotylicznie, który tym razem zatrzymał się na wysokości D_8 — D_9. Laminectomia wykazała guz na tylnej powierzchni rdzenia, który z łatwością dał się wyłuszczyć. Obecnie (po 1½ roku) chory zupełnie zdrów.

Podobne przypadki opisali *Guillain*[1]) oraz *Babiński* i *Jarkowski*[2]). Przy ocenie wyników ujemnych próby Lipj. technika badania ma niewątpliwie duże znaczenie. Większość autorów bierze pod uwagę li tylko *całkowite opadanie* Lipj. Atoli nie można wątpić, że i *czasowy „stop"* z pewnemi zastrzeżeniami, o których wyżej była mowa mieć może pewną wartość rozpoznawczą. Tak np. *Pappenheim*[3]) cytuje przypadek, w którym pierwszy Rtgram wykazał zatrzymanie się Lipj., drugi zaś — dał wynik ujemny. Zalecona pomimo to operacja wykazała n-twór.

Celem lepszego uwydatnienia czasowego zatrzymania się Lipj. jeden z nas (*Bregman*) w I-ej pracy, poświęconej tej sprawie, zaproponował dążyć do zwolnienia opadania Lipj. a to w ten sposób, że umieszczał chorego po zastrzyknięciu *nie w pozycji siedzącej, lecz w skośnej*. W tym samym kierunku poszedł także i *Peiper*[4]), wybierając drogę pośrednią i zastrzykuje

1) Guillain. Revue Neur. 25 r. Tom I, str. 18.

2) Babiński. Revue Neur. 26 r. Tom II, sfr. 587.

3) Pappenheim. *Zeitschr.* für die Gesam. Neur. u. Psych, str. 812. Tom 47.

4) Peiper. Ventriculographie u. Myelographie in der Diagnostik des Zentralnervensystems Jüngling u. Peiper 1926.

Lipj. w pozycji siedzącej i utrzymuje chorego w ciągu kilku minut w tem położeniu, przyczem usiłuje znanymi sposobami (uderzeniem w plecy, kręgosłup, kaszel) przyśpieszyć opadanie Lipj; po 5' układa się chorego skośnie dla wykonania Rtgramu. Postępowanie to, jak nam autor w liście łaskawie objaśnił, ma na celu najpierw przyśpieszyć spadanie Lipj. i doprowadzić go do miejsca przeszkody, potem za już zwolnienie prześlizgnięcia się Lipj. poprzez samą przeszkodę. Sposobem tym udało się *Peiperowi* otrzymać piękne obrazy, na których widać powierzchnię rdzenia i nawet biegnące na niej naczynia.

W końcu zasługuje na uwagę, że badanie Lipj-we daje nam w niektórych razach możność przedmiotowego kontrolowania wyników leczenia. Tak np. wymienionej powyżej wrzekomo n-tworowej postaci przymiotu rdzenia Lipj. zatrzymał się w postaci dużej bryły, a po przeprowadzeniu leczenia swoistego Lipj. całkowicie opadł.

Przyp. V. H. W. lat 20. Od 3 tyg. stopniowo postępujący niedowład. Obecnie bezwład kkd. Nie może usiąść na łóżku. Zaburzenia ruchowe w ostatnich palcach obu rąk. Odruchy ścięgnowe kkd. wzmożone. Obustronny Babiński. Zaburzenia przy oddawaniu moczu. Wasserman ze krwi i z płynu m-rdzen. dodatni. W płynie m-rdzen. 10 limf., NA + + +, B. 0,25⁰/oo. Lipj. zastrzyknięty podpotylicznie zatrzymał się na wysokości C_7. Po przeprowadzeniu energicznego leczenia swoistego stan chorego znakomicie się poprawił, Rtgram zaś wykazał całkowite opadnięcie Lipjodol'u.

Podobny przypadek przedstawiał *Nonne* [1]) na ostatnim zjeździe neurologów.

Tak samo w stosowaniu leczenia promieniami Rtgena możliwa jest kontrola wyników przy pomocy Lipj. Notowane są przypadki, w których po przeprowadzeniu R-terapii Lipj., pierwotnie zatrzymany, opadł; ale z drugiej strony i takie, w których pomimo pewnej poprawy klinicznej Lipj. pozostał w tem samem miejscu co przed leczeniem: w tych razach mamy dowód oczywisty, że promienie Rtgena nie sprowadziły zmiany radykalnej w stanie rzeczy co ewent.: skłonić nas może do zabiegu operacyjnego.

Wreszcie i w leczeniu operacyjnem zdarzyć się może, że chirurg wskutek błędnego określenia poziomu zatrzymanego Lipj. albo topografji kręgowo-rdzeniowej operuje nie na właściwem miejscu. R-gram wtedy pokazuje, że Lipjodol nietknięty zachował swoje położenie.

Z tego co powyżej powiedziano widzimy, że badanie Lipj-we w sprawach rdzeniowych posiada olbrzymią wartość rozpoznawczą, ale że wyniki zarówno dodatnie jak i ujemne oceniane być winny z jaknajwiększą ostroż-

[1]) *Nonne* Zentr. für die Gesam. Neur. u. Psych. T. 47, str. 810.

nością i technika badania doprowadzona być musi do największej doskonałości. Przytoczone przez nas fakty, dotyczące wyników dodatnich badania, anatomicznie niedostatecznie usprawiedliwionych, jak i wyników ujemnych, pomimo istniejącej przeszkody, dowodzą, że ta tak niezmiernie doniosła metoda badania sama przez się nie wystarcza, lecz musi być uzgodniona z wynikami badania klinicznego.

Już po ukończeniu niniejszej pracy *Christoph* z Leodjum podał w Revue Neurologique opis 2 przypadków, które zdaniem autora służyć mogą niezbitym dowodem tego, że nie należy „stawiać badania lipjodolowego ponad innemi sposobami badania klinicznego" i że wtedy tylko oprzeć się na niem wolno, gdy dane kliniczne dają również podstawy dostateczne dla rozpoznania ucisku rdzenia. W obu przypadkach zatrzymanie się Lipjodolu na pewnej wysokości skłoniło autora do laminektomji, która dała wynik ujemny. Musimy jednak zwrócić uwagę na to, że 1) w 1-ym przypadku Lipjodol pozostawał na poprzedniej wysokości w 6 godz. po zastrzyknięciu, aliści zabieg operacyjny wykonano dopiero po 8 miesiącach, bez ponownej kontroli położenia lipjodolu. W 2-im przypadku lipjodol znajdujący się jeszcze na poprzedniej wysokości po 1½ godzinach, po 6-iu godzinach zaczął opadać, co nie powstrzymało autora, przekonanego głęboko o wartości rozpoznawczej czasowego zatrzymania się lipjodolu, od przystąpienia do operacji 2) Przytem obraz kliniczny w obu przypadkach, co zaznacza zresztą sam autor, bynajmniej nie zgadzał się z uciskiem rdzenia: w obu brak było rozszczepienia białkowo-komórkowego, brak było zmian w kręgach i wreszcie zaburzenia czucia nie miały również cech właściwych uciskowi rdzenia.

Z oddz chor. nerwowych E. Flataua i oddz. rentgenologicznego N. Mesza w Szpit. na Czystem w Warszawie.

O MYELOGRAFJI LIPJODOLOWEJ.

podali

S. BAU-PRUSSAKOWA i N. MESZ.

W piśmiennictwie, dotyczącem myelografji lipjodolowej *Sicard'a* i *Forestier'a*, obecnie już dość bogatem, uderza wprost ogromna rozbieżność zdań zarówno, co do potrzeby stosowania tego rodzaju metody w klinice chorób rdzenia i jej wartości rozpoznawczej, jak i co do następstw, wynikających z wprowadzenia lipjodolu do przestrzeni podpajęczynówkowej.

I tak, zdaniem autorów amerykańskich, próba lipjodolowa jest zupełnie zbyteczna, gdyż badanie kliniczne wystarcza do rozpoznania i umiejscowienia guza rdzenia. Ostrzegają oni również przed szkodliwym wpływem lipjodolu na opony rdzenia. Toteż niektórzy z nich nie stosują jej wcale *(Elsberg, Dandy)* lub tylko w przypadkach wyjątkowych *(Armour Donald, Sachs i Glaser).*

W Europie natomiast próba lipjodolowa rozpowszechniła się dość szybko i zajmuje już obecnie jedno z pierwszych miejsc pośród metod pomocniczych w klinice chorób rdzenia. Jakkolwiek i tu zdania co do wartości metody są jeszcze podzielone, to jednak dla większości autorów jest ona uzupełnieniem niezbędnem badania klinicznego, zarówno przy rozpoznawaniu różniczkowem między guzami a innemi cierpieniami rdzenia, jak również przy umiejscowieniu guza przed operacją.

Nikt nie zaprzeczy, że w przypadkach mniej lub więcej typowych można rozpoznać guz rdzenia na podstawie badania klinicznego. Znane są jednak przypadki, w których badanie to było niewystarczające, a dopiero próba lipjodolowa pozwoliła ostatecznie rozpoznać i umiejscowić guz rdzenia. Tak n.p. w przypadku *Sicard'a*, mimo 8-letniego trwania cierpienia, nie było objawów, wskazujących na sprawę uciskową rdzenia. W przypadku *Nonnego*, rozpoznanym początkowo jako sclerosis multiplex, (przebiegają-

cym jako myelitis transversa bez zespołu uciskowego w płynie mózg.-rdzeniowym, z ujemnym wynikiem próby *Queckenstedta*), lipjodol wskazał na istnienie guza, który też znaleziono.

Chora *Westphala*, dotknięta była w ciągu 4 lat niedowładem skurczowym kończyn dol. bez zaburzeń czucia i bez zmian w płynie mózg.-rdzeniowym. W przypadku *Grosza* rozpoznanie wahało się między Sclerosis lateral. amyotrophica a guzem rdzenia szyjnego. Objaw *Queckenstedta* był słabo dodatni, a zespołu uciskowego w płynie mózg.-rdzeniowym nie stwierdzono wcale.

U chorej *Urechii* i *Mathyasa* rozpoznawano przez czas dłuższy myelitis luetica (Gumma na podniebieniu, Wassermann z krwi i z płynu mózg.-rdzeniowego + + +).

W 3 przypadkach *Dreyfusa* cierpienie przebiegało pod postacią paralysis spinal. spastica.

Duże usługi oddaje próba lipjodolowa przy rozpoznawaniu guzów okolicy ogona końskiego, przebiegających niekiedy przez czas dłuższy pod postacią rwy kulszowej, jedno a szczególnie obustronnej, bez objawów przedmiotowych wyraźnych *(Stender, Dreyfus)*. W przypadku *Boudre'a* i *Laplane'a* cierpienie przebiegało przez 10 lat, jako „ischias double", z bolesnością i zesztywnieniem kręgosłupa, symulując schorzenie kręgów. Chory Peipera wykazywał również sztywność kręgosłupa, objaw *Lasègue'a* obustronny i brak odruchów brzusznych po str. l. We wszystkich tych przypadkach znaleziono podczas operacji guz w miejscu zatrzymania się lipjodolu.

W niektórych z wyżej wymienionych przypadków (*Nonne, Westphal, Grosz)* próba lipjodolowa okazała się czulszą od zmian w płynie mózg.-rdzeniowym.

Stwierdzili to również inni autorzy, jak *Vanuzi Dino* (guz wychodzący z opon miękkich), *Divry* i *Tecquienne* (guz wewn.-rdzeniowy), *Borremans* i *Francoix* (piaszczak rdzenia), *Clovis Vincent* (guz zewn.-twardówkowy, pochodzenia gruźliczego). Fakt ten ma znaczenie doniosłe, gdyż, jak wiadomo, zmiany w płynie mózg.-rdzeniowym są w sprawach uciskowych rdzenia objawem bardzo wczesnym.

Już w pierwszych okresach stosowania próby lipjodolowej *Clovis Vincent* i *Sicard* przypisywali jej duże znaczenie w bardzo wczesnych okresach guzów rdzenia, nie wykazujących jeszcze objawów przedmiotowych wyraźnych, lub tylko nieznaczne uchylenia (étâts preparaplegique — *Clovis Vincent*). Tego samego zdania są *Peiper* i *Weigelt*. Według innych autorów natomiast próba lipjodolowa nie nadaje się do wczesnego rozpoznania guzów rdzenia. *(Nonne, Babiński)*. Znane są istotnie w piśmien-

nictwie przypadki (i sami taki spostrzegaliśmy), w których próba lipjodolowa, początkowo ujemna, po pewnym czasie powtórzona wypadła dodatnio. *(Guillain* i *Allajouanine, Babiński* i *Jarkowski).* Jest rzeczą zrozumiałą, że w przypadkach guzów małych, zmniejszających nieznacznie drożność przestrzeni podpajęczynówkowej rdzenia, lipjodol może opaść, nie można sobie natomiast wytłómaczyć, dlaczego w 2 przypadkach *Bériela* i *Desgouttes'a* lipjodol opadł mimo obecności nowotworów bardzo dużych (w jednym z nich guz długości 7 cm.). Tego rodzaju spostrzeżenia nawołują do zastanowienia się nad ujemnym wynikiem próby lipjodolowej w sprawach uciskowych rdzenia.

Zaraz na początku *Sicard* i *Forestier,* a za nimi inni autorzy kładli nacisk na to, że tylko zatrzymanie się trwałe lipjodolu uważać należy za patologiczne, natomiast zatrzymanie krótkotrwałe za przypadkowe, od danego cierpienia niezależne. *Froment* i *Dechaûme* radzili nawet wykonywać zdjęcia roentgenowskie po 24,48 i 72 godzinach. Mówiono o dodatnim wyniku próby lipjodolowej, gdy zdjęcie, dokonane najwcześniej po 24 godz., wykazało zatrzymanie się lipjodolu.

Doświadczenia późniejsze autorów niemieckich (Peiper, Grosz, Esskuchen) wykazały jednak niesłuszność tego poglądu. Tak, n.p. Peiper opisuje w przypadkach torbieli oponowej, (stwierdzonej operacyjnie), zatrzymanie się jodypiny w kilkanaście minut po zastrzyku, podczas gdy po 30 minutach cała jodypina spadła do worka twardówkowego. Autor wyciąga stąd wniosek, że zdjęć należy dokonywać wkrótce po zastrzyku, gdyż guzy nieduże, o gładkich ściankach, mogą zatrzymać lipjodol na czas bardzo krótki. Według Peipera guzy rdzenia zatrzymują lipjodol w sposób trojaki:

1) zatrzymanie stałe i całkowite,
2) zatrzymanie stałe, lecz częściowe,
3) zatrzymanie przejściowe, całkowite lub częściowe.

Na konieczność zdjęć wczesnych zwracają też uwagę Esskuchen i Grosz.

W przypadku Esskuchena lipjodol opadł po 7, w przypadku Grosza zaś po 2 godzinach, mimo to podczas operacji znaleziono guz w miejscu przezeń wskazanem.

Sicard i Haguenau radzą również, aby w przypadkach guzów wewn.-rdzeniowych dokonywać zdjęć Roentgena wcześnie, gdyż na zdjęciach późniejszych ze smug, charakterystycznych dla tej grupy guzów (lignes festonnées longitudinales), mogą pozostać tylko ślady. Z przytoczonych tu przypadków należałoby wyciągnąć wniosek, że wynik próby lipjodolowej można uważać za ujemny tylko wówczas, gdy po upływie kilku minut (t. j. czasu potrzebnego na przebycie całego kanału kręgowego) lipjodol opada na dno worka

twardówkowego. Zatrzymanie się natomiast lipjodolu na czas krótki, choćby tylko na przeciąg 30 minut (Peiper), należałoby uważać za wynik dodatni. Peiper sądzi, że wyniki ujemne w przypadkach guzów rdzenia autorów francuskich należy tłómaczyć tem, że zdjęć dokonano zbyt późno i wskutek tego przeoczono zatrzymanie krótkotrwałe lipjodolu.

Pogląd ten wydaje się zupełnie słuszny, przyznać jednak trzeba, że takie wysubtelnienie próby lipjodolowej może być źródłem błędów rozpoznawczych. Wiadomo bowiem, że lipjodol zatrzymuje się niekiedy przypadkowo, z przyczyn od danego cierpienia niezależnych, niedających się często wcale ustalić.

Już w warunkach normalnych lipjodol może się zatrzymać w górnej części kanału grzbietowego z powodu jego wązkości. Nieznaczne skrzywienia kręgosłupa mogą również opóźnić opadanie lipjodolu.

Według Heymana lipjodol może się zatrzymać bez przeszkody mechanicznej przy pewnych zmianach w płynie m. rdz., wskutek których jego ciężar gatunkowy zbliża się do ciężaru gatunkowego lipjodolu.

Denk utrzymuje, (powołując się na Sgallitzera), że lipjodol w niektórych ampułkach ma zbyt mały ciężar gatunkowy i dlatego wolniej opada.

Te przypadkowe postoje lipjodolu (Faux arrêts par adherence aux paroix Laplane), są zazwyczaj krótkotrwałe, mogą się jednak niekiedy utrzymać nawet przez parę miesięcy. Stanowią one niewątpliwie stronę ujemną próby lipjodolowej. Według Laplane'a różnią się one od zatrzymania patologicznego umiejscowieniem (górne kręgi grzbietowe), kształtem (nieliczne krople o nierównych konturach, leżące tuż nad sobą, („suif des chandelles", poniżej zaś różaniec, złożony z drobnych kropel), a wreszcie niezależnością od ułożenia chorego (nie zmieniają swego położenia przy zmianie pozycji chorego).

Dlaczego w przypadkach Christophe'a lipjodol zatrzymał się w sposób charakterystyczny dla guza rdzenia (mitre d'evèque), operacja zaś nie wykazała ani guza, ani żadnej innej przeszkody (ani w miejscu zatrzymania się lipjodolu, ani też w odcinkach sąsiednich), pozostaje rzeczą niewyjaśnioną.) W obu przypadkach sekcji nie robiono, wiadomo zaś, że zdarzają się pomyłki w obliczaniu kręgów przed operacją.

Na specjalne podkreślenie zasługuje myelografja podwójna, t. j. zastrzyk lipjodolu podpotyliczny oraz dolędźwiowy w położeniu Trendelenburga.

Należy ją stosować zarówno tam, gdzie lipjodol się zatrzymuje, jak i tam, gdzie próba lipjodolowa daje wynik niepewny, a badanie kliniczne wskazuje na sprawę uciskową. Ma ona również duże znaczenie przy rozpoznawaniu różniczkowem między guzami rdzenia a zrostami międzyoponowymi, do czego jeszcze wrócimy.

Jednym z argumentów, jakim od początku usiłowano osłabić znaczenie próby lipjodolowej jest ten, że nie umożliwia ona rozpoznania różniczkowego między guzami a innemi cierpieniami rdzenia, czy też kręgów, powodującemi zwężenie przestrzeni podpajęczynówkowej, szczególnie zaś między guzami a zrostami oponowymi.

Dążeniem Sicard'a i Forestier'a oraz innych autorów, zajmujących się próbą lipjodolową, było zatem wyodrębnienie pewnych typów figur lipjodolowych, charakterystycznych dla poszczególnych grup chorobowych, szczególnie zaś dla guzów rdzenia i zrostów oponowych.

Na podstawie dość dużego materjału operacyjnego i sekcyjnego udało się ostatecznie ustalić, że obrazy lipjodolowe w obu tych grupach chorobowych różnią się między sobą w sposób bardzo wyraźny.

Obrazami patologicznymi dla guzów zewn.-rdzeniowych są słupki i stożki o wklęsłej podstawie; czasami figury te przybierają kształty bardziej fantastyczne i porównywane bywają do kapelusza Napoleona, mitry biskupiej, czapki frygijskiej, kopuły, półksiężyca i t. p. Cechą charakterystyczną wszystkich tych figur jest wklęsła podstawa, odpowiadająca miejscu zetknięcia się bezpośredniego lipjodolu z górnym biegunem guza.

Dla guzów wewn.-rdzeniowych charakterystyczne są znowu, zdaniem Sicard'a i Haguenau'a, smugi długie, nitkowate, ciągnące się z boku guza (lignes longitudinales festonnées).

Według autorów niemieckich (Peiper, Weigelt, Nonne, Esskuchen, Denk) oraz Mingazziniego figura lipjodolowa nie jest charakterystyczną dla żadnej z tylko co omówionych grup. Peiper widział opisane przez Sicard'a i Haguenau'a smugi w przyp. guza zewn.-rdzeniowego, zaś w przypadku guza wewn.-rdzeniowego, operowanego przez Foerster'a, lipjodol zatrzymał się w postaci kaptura, a więc tak, jak w guzach zewn.-rdzeniowych.

Peiperowi udało się na zdjęciach, dokonanych wkrótce po zastrzyku lipjodolu, otrzymać cienką warstwę jodypiny (Jodipinsschleier), pokrywającą rdzeń, jakby gazą. Sądzi on, że zapomocą tego rodzaju obrazów, uwypuklających powierzchnię rdzenia (Oberflächendarstellung des Rückenmarkes), uda się wykazać zgrubienie jego na pewnej przestrzeni, a tem samem i guz wewn.-rdzen.

Spostrzeżenia te, bardzo ciekawe, nie zostały jednak dotychczas przez innych autorów potwierdzone.

W sprawach zrostowych opon miękkich lipjodol zatrzymuje się w sposób zupełnie odmienny i bardzo urozmaicony. Widzimy tu krople i smugi różnej wielkości, pojedyńcze lub też zlewające się ze sobą, wskutek czego powstają figury bardzo fantastyczne, które porównują do sopel lodu (Peiper), do grzebienia (Babiński) i t. p.

„Arrêt en égrenément" t. j. drobne kropelki na dużej przestrzeni odpowiadają według Laplane'a drobnym zrostom opon miękkich. Zrosty bardzo mocne zatrzymują lipjodol en bloc w postaci słupków, o podstawie poziomej, co je odróżnia od podobnych figur w guzach zew.-rdzeniowych.

W pachymeningitis hypertrophica Souques, Blamouthier i Massary widzieli zatrzymanie się lipjodolu w kształcie litery „V", Laplane zaś w kształcie medaljonu.

Według Peipera udaje się za pomocą próby lipjodolowej wykazać naczynia rozszerzone na tylnej powierzchni rdzenia. Tworzą one ubytek w cieniu lipjodolowym. Guillain i Allajouanine opisują w przypadku żylaków opony miękkiej obraz lipjodolowy, przypominający „kłębek glist".

Wyodrębnienie tych różnych kształtów, jakie przybiera lipjodol w przestrzeni podpajęczynówkowej rdzenia, zależnie od rodzaju przeszkody napotykanej, nie usuwa jednak całkowicie trudności różniczkowo-rozpoznawczych między guzami a zrostami oponowymi. Jeżeli bowiem na zasadzie figury „nowotworowej" lipjodolu można z dużem prawdopodobieństwem zrosty wykluczyć, to odwrotnie, na podstawie obrazu, charakterystycznego dla zrostów, guza rdzenia żadną miarą wykluczyć nie podobna. Nie należy zresztą zapominać, że w otoczeniu guzów tworzą się nierzadko zrosty, które komplikują obraz lipjodolowy. Podwójny zastrzyk lipjodolu (t. j. z góry i z dołu) może niejednokrotnie sprawę tę ułatwić. Zlanie się obu cieni lipjodolowych lub też nieznaczny odstęp między nimi przemawiają przeciw guzom, większy odstęp pomiędzy nimi wskazuje wprawdzie raczej na guz rdzenia, nie wyklucza jednak możliwości zrostów na większej przestrzeni.

Co się tyczy miejsca zastrzyków lipjodolu, to, zdaniem większości autorów, najodpowiedniejszym jest zbiornik wielki (móżdżkowo-rdzeniowy). Nakłucia zbiornika wielkiego dokonywa się metodą Wegefortha, Ayera i Essicka, (oryginalną lub zmodyfikowaną przez Esskuchena lub Wartenberga). Jest to metoda pod względem technicznym naogół dość łatwa, zdarzają się jednak przypadki, w których nakłucie zbiornika napotyka na trudności lub też nie udaje się wcale (Heyman, Denk). Denk tłómaczy to pewnemi zboczeniami w budowie kości potylicznej, stwierdzonemi anatomicznie przez Goldhammera i Schüllego. Radzi on przed nakłuciem dokonać zdjęcia R., celem zorjentowania się w stosunkach anatomicznych kości potylicznej.

W przypadkach naszych zastrzykiwaliśmy lipjodol od początku między I a II kr. szyjnym. (W jednym tylko przypadku, w którym nakłucie to nie udało się, zastrzyknęliśmy lipjodol między 6—7 kr. szyjnym). Jest to zabieg pod względem technicznym bardzo prosty, a wykonywany ostrożnie, dla

chorego zupełnie nieszkodliwy. Igłę wkłuwa się tuż ponad wyrostkiem ościstym II kręgu szyjnego, ściśle w linji środkowej, nadając jej kierunek prawie prostopadły do osi kręgosłupa szyjnego. Mandryn należy wysunąć przed przebiciem opony twardej, aby nie przeoczyć chwili wniknięcia igły do przestrzeni podpajęczynówkowej rdzenia. Nakłucia dokonywaliśmy prawie zawsze w pozycji leżącej. Chorzy znoszą zabieg ten zupełnie dobrze. Nie spostrzegaliśmy nigdy żadnych zaburzeń w związku z tem nakłuciem. Sicard, który przez długi czas posługiwał się metodą autorów amerykańskich, zaczął dopiero ostatnio stosować nakłucia między I a II kręgiem szyjnym w przypadkach guzów w części grzbietowej i lędźwiowej rdzenia. W przypadkach guzów rdzenia szyjnego zastrzykuje Sicard lipjodol dolędźwiowo, posługując się przytem stołem ruchomym. Przez odpowiednie nachylenie stołu można zapomocą radioskopji obserwować przesuwanie się lipjodolu w przestrzeni podpajęczynówkowej. Metoda ta ma tę zaletę, że po określeniu przeszkody lipjodol opada na dno worka twardówkowego. Autor zarzucił natomiast stosowanie lipjodolu lekkiego w kierunku wstępującym „lipjodol ascendant". Nie daje on, istotnie, obrazów tak wyraźnych, jak lipjodol ciężki. Ujemną stroną metody tej jest również i ta okoliczność, że w braku przeszkody lipjodol unosi się aż do komór mózgowych. Nie należy go więc stosować w tych przypadkach, w których przerwa w komunikacji podpajęczynówkowej nie została uprzednio stwierdzona.

Technika roentgenologiczna stosowana u naszych chorych nie była jednolita. W pierwszych kilkunastu przypadkach zdjęcia były dokonywane co kilka minut, nieraz już podczas wlewania lipjodolu i to 5·6 razy jednego dnia, w różnych ułożeniach: w pozycji leżącej na plecach, bez uprzedniego siedzenia, po siedzeniu 4, 8, 12-minutowem, w pozycji bocznej. Badanie te powtarzaliśmy kilka dni z rzędu. U kilku chorych zdjęć takich robiono przeszło 20. W miarę wzbogacania się naszego doświadczenia zmniejszaliśmy w niektórych przypadkach liczbę zdjęć, dokonywując pierwszego zdjęcia dopiero w 1 dzień po zastrzyku. Od dłuższego jednak czasu badanie chorych, już jako prawidło, odbywa się poraz pierwszy w 1/2 godz. po zastrzyku, następne zaś badania w miarę potrzeby i zależnie od poszczególnych przypadków.

W ten sposób nie może ujść naszej uwagi nawet zatrzymanie się chwilowe lipjodolu, co nieraz może mieć znaczenie przy rozpoznawaniu wczesnego okresu schorzenia. Zdjęcia dokonywaliśmy przeważnie w ułożeniu poziomem chorego — ostatnio w wielu przypadkach w ułożeniu skośnem z głową uniesioną. Przewagi metody stosowanej przez Peipera nad ułożeniem poziomem dotąd nie spostrzegaliśmy.

Oprócz zdjęć dokonywaliśmy prześwietlań chorych w tych przypadkach,

w których nie udawało się znaleźć odrazu lipjodolu, lub należało sprawdzić, jak długo trwało zatrzymanie się tego środka w kanale. I w tych jednak przypadkach do radjoskopji dołączyliśmy radjografję — jako metodę ściślejszą.

W kilku przypadkach dokonywaliśmy zdjęć w kilka miesięcy, w 3 zaś w 2½ — 3½ lat po zastrzyku lipjodolu. We wszystkich tych przypadkach stwierdziliśmy sporą ilość lipjodolu na dnie worka twardówkowego.

Próbę lipjodolową stosowaliśmy w 126 przypadkach różnych schorzeń rdzenia oraz kręgów, a mianowicie w guzach rdzenia (16), w torbieli opon miękkich (1), w kile rdzenia (6), w stwardnieniu rozsianem (30), w zapaleniu ostrem i podostrem rdzenia (5), w zwyrodnieniu powrózkowem rdzenia (Myelosis funicularis Henneberga) (3), w stwardnieniu zanikowem bocznem (1), w jamistości rdzenia (4), w zapaleniu nerwu kulszowego (przypuszczalnie objawowem) (4), w cierpieniu rdzenia natury bliżej nieokreślonej (3), w guzach kręgów (29), w guzie zewn.-kręgowym (Lymphosarcoma mediastini), wnikającym do kanału kręgowego (1), w próchnicy kręgów na tle gruźliczem (15), w próchnicy kręgów innej etjologji (1), w promienicy kręgów (1), w sprawach urazowych kręgosłupa (4), w rozszczepeniu kręgosłupa (spina bifida occulta) (1).

Guzy rdzenia.

Z 16 przypadków guzów rdzenia 11 odpowiada guzowi zewn.-rdzeniowemu, 2 przypadki guzowi ogona końskiego, 3 przypadki guzowi wewn-rdzeniowemu. (Z tych 1 guzowi wewn.-rdzeniowemu wyłącznie, 2 zaś guzowi zewn. i wewn.-rdzeniowemu).

Próba lipjodolowa we wszyskich tych przypadkach wypadła dodatnio. (W 14 przypadkach zastrzyknięto lipjodol z góry i z dołu, w 2 zaś tylko z góry). W 13 przypadkach rozpoznanie potwierdzone zostało bądź to przez operację (7), bądź też na stole sekcyjnym (6). W 3 przypadkach niesprawdzonych rozpoznanie guza zewn.-rdzeniowego na podstawie badania klinicznego oraz badania płynu m.-rdz. i wyniku myelogr.-lipjodolowej nie nastręczało wątpliwości. W jednym z tych przypadków rozpoznanie wahało się przez czas dłuższy między guzem rdzenia a stwardnieniem rozsianem. Dopiero próba lipjodolowa rozstrzygnęła te wątpliwości na korzyść guza.

Przypadek ten dotyczył kobiety 30 l. (A. J.), która przybyła na oddział 20.IV. 926 r. Cierpienie rozpoczęło się w 1921 r. od parestezji na stopach i goleniach oraz od osłabienia kończyn dolnych, zjawiającego się podczas chodzenia. Po 3 miesiącach wystąpiły zaburzenia czucia cieplikowego na stopach; zaburzenia ze strony pęcherza, a w parę miesięcy później bóle w udach, wreszcie w krzyżu i w kości ogonowej. W roku 1923 wystąpił bezwład kończ. dolnych. Na wiosnę 1924 r. stwierdzono (oddz. dra Bregmana) niedowład skurczowy kończ. dol., zaburzenia czucia cieplikowego z l. str., od linji sutkowej wdół,

z pr. strony na stopie, zniesienie czucia głębokiego w palcach stóp. Odczyn N.-Appelta w płynie m.-rdzeniowym dodatni. Po paru miesiącach większość objawów ustąpiła, chora zaczęła chodzić.

22.V. zastrzyknięto lipjodol podpotylicznie (dr. Bregman). Lipjodol zatrzymał na II kręgu grzbietowym, tworząc trójkąt prostokątny oraz parę plam nieregularnych. Po zastrzyku silny ból między łopatkami, trwający parę dni.

Stan obecny. Nieznaczny Ny. przy ruchach bocznych gałek. Lekkie drżenie palców rąk w spokoju. Bezwład spastyczny kończyn dolnych. Czucie cieplikowe osłabione z l. str. od D_{10}, z pr. str. od $\pm D_8$. Czucie bólowe osłabione od linji sutkowej do kolan.

Odr. w kończ. górnych wzmożone; Abd = O; PR i AR kloniczne; Babiński, Rossolimo, Mendel-Bechterew obustr. + +.

Zdjęcie kręgów: w miejscu dawnego zatrzymania się lipjodolu minimalne ślady. Fig. I-a.

4.V.626. Zastrzyk powtórny lipjodolu (między I-II kr. szyjnym). Silny ból między łopatkami w ciągu 3 dni.

Lipjodol zatrzymał się en bloc na dawnem miejscu w kształcie czapki frygijskiej (Fig. I-b).

20.V. P. L. Płyn ksantochromiczny; Nonne-Appelt + + +, 128 l. Zastrzyknięto dolędźwiowo lipjodol lekki. Zdjęcie roentgen. (po 1½ g.) wykazało lipjodol na VI kręgu grzbiet. Po 9 dniach obraz niezmieniony.

Zarówno więc obraz kliniczny (Ny, drżenie palców rąk, zaburzenia urynowania we wczesnym okresie choroby, nieznaczne zaburzenia czucia), jak i przebieg z remisjami przemawiały raczej za scler. multiplex. Zatrzymanie się lipjodolu górnego dwukrotnie w tem samem miejscu, ból po każdorazowej injekcji o tem samem umiejscowieniu, wreszcie zatrzymanie się lipjodolu lekkiego o 3 kręgi poniżej dolnej granicy lipjodolu górnego, wykazującego kształt charakterystyczny dla guzów zewn.-rdzeniowych (czapka frygijska), rozstrzygnęły rozpoznanie na korzyść guza.

Co się tyczy morfologji figur lipjodolowych, to na 13 przypadków guzów zewn.-rdzeniowych (z guzami ogona końskiego włącznie) w 7 tylko lipjodol utworzył figury, charakterystyczne dla tego cierpienia, a więc czapkę frygijską, słupki o podstawie wklęsłej, stożki, przypominające mitry biskupie. W 6 przypadkach (sprawdzonych) figury tego rodzaju utworzył lipjodol dolny, górny natomiast zatrzymał się w sposób, charakterystyczny raczej dla spraw zrostowych opon. (Fig. I—XI).

Ciekawy obraz, od innych nieco odmienny, otrzymaliśmy w jednym przypadku guza zewn.-rdzeniowego. Lipjodol zatrzymał się na górnej połowie VI kr. grzbietowego w postaci „kapelusza Napoleona". (Fig. II). Poniżej tego cienia widać było cały szereg drobnych kropelek, spływających po str. prawej wązkim strumykiem aż do dolnej połowy kręgu VII-go. Tu strumyk się rozszerzał i widać było dużą kroplę, zajmującą środkową

część kręgu, poniżej niej zaś parę dość dużych kropel, dochodzących do dolnej połowy kręgu IX-go. Na dno worka twardówkowego spłynęła mała kropla. (Zdjęcie w ½ godz. po zastrzyku). Na zdjęciach późniejszych (w 4 i w 7 dni po zastrzyku) obraz zmienił się o tyle, że z „kapelusza Napoleona" pozostało tylko mnóstwo drobnych kropel, podczas gdy krople, poniżej leżące, znacznie się zwiększyły. Lipjodol, zastrzyknięty dolędźwiowo w położeniu Trendelenburga, przesunął się w postaci smugi aż do najniżej położonych kropel lipjodolu górnego. Operacja (dr. *Lubelski*) wykazała guz na tylno-bocznej powierzchni rdzenia od str. lewej. Guz ten nie wypełnił zatem całkowicie przestrzeni podpajęczynówkowej, lecz pozostawił po str. pr. wąziutką szczelinę, rozszerzającą się znacznie w obrębie dolnego odcinka kręgu VII-go. Poniżej tego miejsca komunikacja nie jest zupełnie normalna. Zatrzymanie się całkowite lipjodolu w postaci kropel przemawia za zrostami poniżej guza.

W 2 przypadkach guzów wewn.-rdzeniowych, (sięgających od odcinków szyjnych aż do końca rdzenia), lipjodol utworzył 2 smugi grubości nierównomiernej (jakgdyby w kształcie różańca), przypominające „lignes longitudinales festonnées" autorów francuskich. (Fig. XII, XIII). (W jednym z tych przypadków guz w górnym swym odcinku wydobywał się na zewn. rdzenia).

Lipjodol, zastrzyknięty dolędźwiowo, w jednym przypadku utworzył słupek o konturach nieregularnych (górna linja wklęsła, jak w guzach zewn.-rdzeniowych). (Fig. XII-a). Wreszcie w jednym przypadku guza wewn. i zewn.-rdz. lipjodol zatrzymał się w sposób charakterystyczny dla guzów wewn.-rdz.

Widać z tego, że jakkolwiek smugi podłużne, opisane przez *Sicard'a* i *Haguenau'a*, są charakterystyczne dla guzów wewn.-rdzeniowych, to jednak nie stanowią one wyłącznej dla tej grupy formy lipjodolowej. Podkreślić musimy jednak fakt, że nie spostrzegaliśmy ich nigdy w guzach zewn.-rdzeniowych.

Myelografja lipjodolowa oddaje nieocenione usługi przy umiejscowieniu segmentarnem guza, przewyższając nieraz badanie kliniczne.

Nie można zaprzeczyć, że w wielu przypadkach guzów rdzenia badanie kliniczne jest wystarczające do określenia wysokości przeszkody.

Niekiedy jednak sposób ten zawodzi. Pominąwszy już ten fakt, że badanie czucia jest metodą wielce podmiotową, że przy niskim poziomie inteligencji chorego lub niemożności skupienia uwagi określenie górnej granicy zaburzeń czucia bywa niedokładne, to zdarzają się przypadki guzów rdzenia, w których czucie wykazuje zmiany nieznaczne lub zgoła żadne.

Wprawdzie Donald Armour podaje, że, w przypadkach przez niego

operowanych, w 98% udało się rozpoznać i umiejscowić guz na podstawie badania klinicznego. Również i *Elsberg* na 100 przypadków operowanych tylko 2 razy operował w nieodpowiedniem miejscu. Statystykom tym należy jednak przeciwstawić statystyki innych autorów, u których odsetek przypadków, operowanych z wynikiem ujemnym, był bardzo duży. Tak n.p. *Sachs* i *Glazer* na 140 przypadków operowanych, (z rozpoznaniem guza rdzenia), w 33 przypadkach guza nie znaleźli. *Adson* i *Ott* (klinika Mayo w Rochester) na 112 przypadków, (operowanych w latach od 1910 do 1922 r.), nie znaleźli guza w 27 przypadkach. (W 4 z nich sekcja wykazała guz). *Beriel* podaje 7 wyników ujemnych na 33 przypadki operowane.

Nie można twierdzić, aby próba lipjodolowa dawała zawsze wyniki zupełnie ścisłe, jednakże przypadki, w których ona zawodzi, wykazując przeszkodę zbyt nisko lub zbyt wysoko położoną, należą do wyjątków. Przyczynę omyłki stanowią zrosty w otoczeniu guza, (*Egon*, *Reiser*, *Pappenheim*, *Dęnk*. *Herrman*, *Albrecht*). Jedynie tylko w przypadku *Grosza* (guz ogona końskiego) lipjodol zatrzymał się zbyt wysoko (na IX kr. grzbiet.), jakkolwiek zrostu niestwierdzono. (W przypadku tym opadanie lipjodolu było wogóle zwolnione, trwało bowiem 11 dni).

Zdarza się też niekiedy, że lipjodol nie zatrzymuje się u górnego, względnie dolnego bieguna guza, lecz w miejscu największego przekroju tegoż (*Esskuchen*, *Wüllenberg*). W miejscu tem drożność przestrzeni podpajęczynówkowej jest zupełnie zniesiona, podczas gdy odcinki obwodowe guza zmniejszają ją tylko nieznacznie, nie stanowią zatem dla lipjodolu przeszkody absolutnej. Spostrzegaliśmy to również w jednym z naszych przypadków, który z wielu względów zasługuje na uwagę i dlatego przytoczymy w krótkości jego historję choroby.

J. Sz. l. 31. Przybył do szpitala 20.2.1927 r. Cierpienie rozpoczęło się na początku 1923 r. od silnego bólu, o charakterze napadowym, w okolicy lędźwiowej pr. Po 3 miesiącach ból ustąpił, a po 6-cio miesięcznej przerwie pojawił się ponownie w tej samej okolicy, lecz po str. lewej i trwał z przerwami do września 1925 r. W tym czasie wystąpiło drętwienie, a później niedowład kończ. dolnych (z początku prawej, a później lewej), następnie nietrzymanie moczu i kału, a wreszcie obrzęki na kończynach dolnych, oraz odleżyna w okolicy krzyżowej. Erekcje, zniesione od początku choroby, wróciły w ostatnich czasach.

Bad. przedmiotowe: odleżyny w okolicy krzyżowej, w obrębie pośladków i pięt. Ruchy w stawach biodrowych i kolanowych znacznie ograniczone, w odcinkach obwodowych prawie zupełnie zniesione. Napięcie mięśni wybitnie wzmożone (szczególnie mięśni, doprowadzających uda).

Czucie powierzchowne osłabione po str. pr. od D_{12}—L_1, stąd wdół zniesione; po str. lewej osłabione z przodu od L_3, z tyłu od D_{12}

wdół. Czucie głębokie zniesione w palcach stóp i w stawach skokowych, osłabione w stawach kolanowych.

Odruchy: Abd. zachowane, (słabe), za wyjątkiem prawego dolnego (0). PR żywe, pr. > l; AR pr. +; lewy = 0. Babiński z pr. str. +; z lewej str. odruch podeszwowy = 0.

22.II P. L. Płyn m. — rdzeniowy bezbarwny, Nonne - Appelt zaznaczony; pleocyt = 0.

10.III. Próba lipjodol. (górna) ujemna. (Zdjęcie pierwsze po 24 godzinach).

22.III. P. L. Płyn mózg.-rdzen. ksantochromiczny; Nonne-Appelt + + +; 64 limfocytów.

25.IV. P. L. Wynik ten sam, lecz bez pleocytozy.

23.V. Powtórny zastrzyk lipjodolu (od góry). (Zdjęcie po 20 minutach i 24 godzinach).

Lipjodol utworzył 2 długie, wązkie smugi, zbliżone do siebie i zlewające się częściowo ze sobą u dołu, a sięgające do górnego brzegu XI kr. grzbiet. (Fig. III).

I.V. Zastrzyk lipjodol. dolędźwiowy w położeniu Trendelenburga. Lipjodol przesunął się ku górze prawie do połowy XII kr. grzbiet., tworząc stożek, zwrócony podstawą (wklęsłą) ku górze. (Zdjęcie po 1½ godz.).

V.VI. Operacja (Dr. *Lubelski*): guz, wychodzący z opon miękkich na powierzchni tylnej rdzenia, sięgający od dolnego brzegu IX — ½ XII kr. grzbiet. Guz ten tylko w swej części środkowej pokrywał całkowicie rdzeń, stąd zaś w postaci języczków wązkich przechodził na odcinki sąsiednie rdzenia. Został on całkowicie usunięty. (Fibroma).

Przypadek ten zasługuje na uwagę z następujących względów: mimo 3-letniego trwania cierpienia i objawów klinicznych, bardzo wybitnych, nie stwierdzono przy pierwszem nakłuciu lędźwiowem zespołu uciskowego w płynie m. - rdzen., a próba lipjodolowa, wykonana poraz pierwszy, wypadła ujemnie. (Zdjęcia dokonano dopiero po 24 godzinach, nie można zatem wykluczyć zatrzymania się krótkotrwałego). Badanie płynu m.-rdzen., powtórzone w miesiąc po pierwszem, wykazało wybitny zespół uciskowy, a próba lipjodolowa, wykonana w 2½ miesiąca po pierwszej, dała wynik dodatni. Lipjodol nie zatrzymał się u górnego bieguna guza, lecz w miejscu największego jego przekroju; zatrzymany został przez zrosty w otoczeniu guza, zaczem przemawia kształt jego cienia, oraz ta okoliczność, że mimo usunięcia guza widać na zdjęciach, dokonanych w parę miesięcy po operacji, obraz lipjodolowy prawie, że niezmieniony.

Widać zatem, że ani ujemny wynik próby lipjodolowej, ani brak zespołu uciskowego w płynie m. - rdz. nie uprawniają do wykluczenia nowotworu, jeżeli obraz kliniczny zanim przemawia. W przypadkach tego rodzaju należy powtórzyć badanie płynu oraz próbę lipjodolową, i uzupełnić ją zastrzykiem lipjodolu od dołu.

W przypadkach pozostałych określenie górnego i dolnego bieguna guza zapomocą próby lipjodolowej okazało się zupełnie dokładne.

W 3 przypadkach umiejscowienie guza na podstawie badania klinicznego nie było możliwe. W jednym z tych przypadków[1]) zespół objawów przemawiał za guzem ogona końskiego. (Bóle w krzyżu, promieniujące do kończyn dolnych, niedowład tych ostatnich o typie wiotkim, zachowanie odruchów brzusznych, brak PR i AR, początkowo brak wyraźnych zaburzeń czucia, później osłabienie czucia powierzchownego na stopach i goleniach). Lipjodol górny zatrzymał się na IX kręgu grzbietowym, lipjodol dolny zaś na I kręgu lędźwiowym (Fig. XI). Operacja wykazała: guz (wewn.- i zewn.-rdzeniowy) na przestrzeni, leżącej między obydwoma cieniami lipjodolowymi).

W przypadku drugim umiejscowienie guza na podstawie badania klinicznego było niemożliwe, gdyż objawy przedmiotowe były minimalne, zaś obraz kliniczny przemawiał raczej za guzem kręgu.

U. E. I. 39. Przybyła na oddz. 7/X. 1926 r. 3½ roku temu odczuwała w ciągu 3 dni ból między łopatkami, później w okolicy lędźwiowej; ból ten osłabł po upływie kilku tygodni i zjawiał się następnie tylko podczas miesiączki. Od 2 lat odczuwa ból o charakterze napadowym w kręgosłupie lędźwiowym, ból opasujący i promieniujący do kończyny dolnej prawej; drętwienie i osłabienie tejże kończyny. Od 6 tygodni ból promieniuje do kończyny dolnej lewej.

Stan obecny: Chora trzyma kręgosłup sztywno i wybitnie go oszczędza. Ucisk na kręgi lędźwiowe wybitnie —, na kość krzyżową mniej bolesny. Obciążanie kręgosłupa wywołuje ból w części lędźwiowej. Zaburzeń ruchowych w kończynach dolnych brak. Czucie powierzchowne być może cokolwiek osłabione po stronie prawej w odcinkach krzyżowych.

Odruchy: Abd. osłabione; P R. pr. $<$ l., A R pr. $>$ l. Podeszwowe $=$ O.

Przy próbie Lasègue'a ból w kręgosłupie lędźwiowym i parestezje w kończynie dolnej prawej.

4.XI. Płyn m.-rdz. ksantochromiczny skrzepł wkrótce po wypuszczeniu. Nonne - Appelt $+++$; pleocyt. $=$ O. Odczyn Wassermanna $+++$ (Odcz. Wasserm. w surowicy ujemny).

Po P. L. ból znacznie silniejszy, stały, nasilający się napadowo w sposób gwałtowny.

19.XI. Przekłucie między I a II kr. sz. : płyn m.-rdz. bezbarwny. Nonne — Appelt $+$; pleocyt. $=$ O. Odcz. Wasserm. ujemny. Lipjodol, w miejscu tem zastrzyknięty, zatrzymał się w całości na 1/2XII. kr. grzbiet., tworząc grupę smug i plam, zlewających się częściowo ze sobą. (Zdjęcie po 24 godzinach). (Fig. IV-a).

[1]) *S. Bau-Prussakowa:* Über den diagnostischen Wert der Lipiodolmyelographie. Przyp. 2. Z. f. d ges. Neur. u. Psych. Bd. 1C, H3/4 1925.

Po zastrzyku lipjodolu ból znacznie się zmniejszył. Zdjęcie kontrolne po 15 i 24 dniach wykazało większą część lipjodolu na dnie worka twardówkowego. Po naświetlaniu kręgosłupa promieniami X ból ustąpił prawie zupełnie.

W obrębie krętarza wielkiego, kości krzyżowej i biodrowej po stronie prawej stwierdzono roentgenologicznie ogniska odwapnienia (nowotwór?).

24.I.27 r. wypisana.

24.IV. przybyła powtórnie. Przed miesiącem bóle wróciły i stale się nasilają. Stan przedmiotowy nie uległ zmianie.

29.IV. lipjodol, zastrzyknięty dolędźwiowo w położeniu Trendelenburga, zatrzymał się na 1/2XII kr. grzbiet. w postaci stożka, o podstawie wklęsłej, zwróconej ku górze. (Fig. IV b). Z lipjodolu górnego pozostał tylko ślad.

17.V. Operacja (dr. Lubelski): guz na przedniej powierzchni rdzenia (Fibro-sarcoma) w miejscu, wskazanem przez lipjodol.

Wklęsła podstawa słupka lipjodolowego odpowiadała zatem dolnemu biegunowi guza, który miał kształt owalny. Takie zachowanie się lipjodolu stanowi, zdaniem Babińskiego, cechę różniczkowo-rozpoznawczą między guguzami wewn. — a zewn. twardówkowymi. W tych ostatnich lipjodol, nie stykając się bezpośrednio z guzem, nie może oddać konturów jego tak dokładnie, jak w przypadkach guzów wewn. — twardówkowych.

Dzięki próbie lipjodolowej udało się w przypadku tym dokładnie umiejscowić guz i usunąć go w okresie, w którym objawy przedmiotowe były ledwie zaznaczone.

W przypadku 3 wreszcie udało się klinicznie i na podstawie badania płynu m. — rdz. rozpoznać sprawę uciskową w okolicy ogona końskiego, lecz zespół objawów nie był zupełnie typowy. Brak było przedmiotowych zmian czucia oraz zaburzeń ze strony zwieraczów.

Chora R. S. I. 34. przybyła do szpitala w kwietniu 1927 roku. Przed 5 laty (podczas ciąży) zjawił się ból („łamanie") i uczucie ciężkości w kończ. dol. lewej. Po porodzie stan się poprawił. Przed 2 laty ból o tym samym charakterze w kończ. doln. pr. i krzyżu. Od jesieni r. ub. aż do marca r. b. ból w l. pośladku i w l. kończ. doln., początkowo napadowy, później stały. Od czterech tygodni ból i odrętwienie w kończ. dol. prawej oraz osłabienie stóp.

Bad. przedmiot: nieznaczny Ny w str. l. Nerwy czaszkowe, kończ. górne — bez zmian.

Kończ. dolne: osłabienie odcinków dośrodkowych, zupełne porażenie wiotkie odcinków obwodowych z obu stron. Wychudzenie mięśni ud (na przedniej powierzchni), oraz goleni (l. > pr.). Oddziaływanie na prąd elektryczny ilościowo zmienione. Objaw Laségue'a obustr. +.

Odruchy. Abd — minimalne; PR i AR = O, podeszwowe — znacznie osłabione. Bolesność kręgów lędźwiowych dolnych oraz okolicy

przykręgowej po str. prawej. Płyn m. — rdz. ksantochromiczny. Nonne — Appelt + + +, pleocyt. = O. Wasserm. ujemny.

Lipjodol, zastrzyknięty podpotylicznie, zatrzymał się na wysokości III kr. lędźwiowego, tworząc bardzo liczne smugi i krople na dużej przestrzeni. (Fig. V).

Lipjodol, zastrzyknięty dolędźwiowo (IV = V) w położeniu Trendelenburga, przesunął się do 1/2IV kr. lędźwiowego, tworząc stożek o podstawie wklęsłej, zwróconej ku górze. (W stronę guza).

Obraz lipjodolu górnego w przypadku tym przemawiał za zrostami oponowymi, podczas gdy lipjodol dolny zatrzymał się w sposób charakterystyczny dla sprawy uciskowej. Za tą ostatnią przemawiał również odstęp między oboma cieniami lipjodolowymi.

Wynik badania tego nie ułatwiał jednak rozpoznania różniczkowego między torbielą a guzem stałym, obrazy lipjodolowe w obu tych cierpieniach nie różnią się niczem od siebie. (W jednym z naszych przypadków, dotyczącym torbieli oponowej, stwierdzonej sekcyjnie, lipjodol tworzył słupek o konturach nieregularnych, lecz o podstawie wklęsłej, przypominający „czapkę frygijską").

Chora opuściła oddział i w innym szpitalu poddała się operacji, podczas której znaleziono podobno torbiel, wypełnioną płynem. Z powodu znacznego pogorszenia chora wróciła na oddział we wrześniu 1927 r.

Zdjęcie roentgenologicznie, wykonane wówczas, wykazało, że na skutek pomyłki w obliczaniu kręgów operowano za wysoko (o 2 kr). Obraz lipjodolowy nie uległ zmianie. Chorą poddano wobec tego operacji powtórnej 3.X.927 r. (dr. Lubelski). Operacja ta ujawniła w miejscu, wskazanem przez lipjodol, czarne, jak sadza, masy nowotworowe, rozlane na dużej przestrzeni, zakrywające prawie zupełnie korzonki ogona końskiego. Masy te, częściowo usunięte, rwały się nakształt pajęczyny (chromatophoroma). Chora zmarła w 3 tygodnie po operacji na skutek zapalenia ropnego opon miękkich rdzenia.

———

Mimo wielkiego rozwoju semiologji cierpień ośrodkowego układu nerwowego możemy jeszcze obecnie powtórzyć zdanie Leyden'a, że niema ani jednego objawu, ani też zespołu objawów patognomicznych, wyłącznie dla guzów rdzenia. Za najbardziej swoiste dla sprawy uciskowej rdzenia można uważać zachowanie się płynu (ksantochromia, ścinanie się płynu, rozszczepienie — białkowo - komórkowe). Inne schorzenia rdzenia, jak kiła rdzenia, stwardnienie rozsiane, zapalenie poprzeczne, jamistość rdzenia, stwardnienie zanikowe boczne mogą dawać obrazy kliniczne, symulujące

guz rdzenia; z drugiej zaś strony ten ostatni może przebiegać pod postacią jednego z wyżej wymienionych cierpień. Rozpoznanie różniczkowe, oparte jedynie na badaniu klinicznem, jest niekiedy bardzo trudne lub zgoła niemożliwe.

Kiła rdzenia.

Co się tyczy kiły rdzenia, to zarówno zapalenie przerostowe opony twardej, jak i zapalenie rdzenia (myelitis wzgl. meningo-myelitis luetica) nastręczają nieraz bardzo duże trudności różniczkowo-rozpoznawcze.

Bóle korzonkowe, obustronne i odpowiadające większej liczbie segmentów rdzeniowych, pozwalają, zdaniem Goversa oraz Brunsa, odróżnić pachymeningitis hypertrophica od guza rdzenia, w którym bóle korzonkowe są jednostronne i ograniczają się do jednego lub paru korzonków. Jak dowodzą jednak dość liczne przypadki z piśmiennictwa (Oppenheim i Cassirer, Cassirer, Schultze, Krauze i Mendel, Mendel i Sęlberg, Kramer i inni.), niejednokrotnie rozpoznawano guz w przypadkach pachymeningitis hypertrophica luetica.

Nakłucie lędźwiowe nie ułatwia w tych przypadkach rozpoznania różniczkowego, stwierdza się tu bowiem, podobnie, jak w guzach rdzenia, zespół uciskowy, a niekiedy nawet ksantochromię. Z drugiej zaś strony dodatni odczyn Wassermanna w płynie m.-rdz. (przy ujemnym w surowicy krwi) nie wyklucza absolutnie guza rdzenia.

Spostrzegaliśmy dodatni odczyn Wassermanna w płynie m.-rdz. w kilku przypadkach guzów rdzenia (sprawdzonych). Przypadki takie, zresztą, znane są z piśmiennictwa (Oppenheim, Nonne, Foerster, Foix, Medea, Cestan, Riser et Meriel, Clovis Vincent, Elsberg.).

Odróżnienie pachymen. hypertr. luetica od guza rdzenia ex iuvantibus też nie zawsze jest możliwe, gdyż właśnie w tej postaci kiły rdzenia leczenie swoiste często nie odnosi skutku. Zachodzi wobec tego pytanie, czy próba lipjodolowa jest w stanie usunąć trudności różniczkowo-rozpoznawcze między temi dwoma cierpieniami.

W pachymeningitis hypertr. luetica próba lipjodolowa wypada dodatnio. Kształt cienia lipjodolowego porównywują z literą „V" (Souques, Massary i Blamouthier) lub z medaljonem (Laplane, Peiper).

W przypadku naszym lipjodol zatrzymał się pod postacią całego szeregu kropel większych i mniejszych, tworzących figurę, podobną do tych, jakie spostrzegaliśmy w sprawach zrostowych opon. (Fig. XV).

Naogół liczba przypadków pachymeningitis hypertr. na tle kiły, w których stosowano próbę lipjodolową, jest nieduża. Na zasadzie dotychczasowego materjału możemy jednak powiedzieć, że w cierpieniu tem nie spostrzegano dotąd figur, charakterystycznych dla guzów rdzenia.

Również zastrzyk podwójny lipjodolu t.j. od góry i od dołu nie ułatwi rozpoznania różniczkowego, gdyż w pachymen. hypertr. odstęp między oboma cieniami lipjodolowymi może być dość duży.

Objawem charakterystycznym dla pachymen. hypertr. jest, zdaniem Moniz'a, rozszczepienie czuciowo-lipjodolowe (dissociation sensitivo-lipjodolée). Polega ono na tem, że granica lipjodolowa wypada wyżej, niż granica zaburzeń czucia. Przyczyną tego jest, zdaniem autora, ta okoliczność, że zrosty międzyoponowe w górnych odcinkach są dość silne, by zatrzymać lipjodol, lecz niewystarczające do wywołania zaburzeń czucia.

Objaw ten stwierdziliśmy również w przypadku własnym. Lipjodol zatrzymał się na IV kr. szyjnym. Zaburzenia czucia zaś rozpoczynały się od IV żebra.

Rozpoznanie różniczkowe między guzem rdzenia *a myelitis*, wzgl. meningo - myelitis luetica, jakkolwiek łatwiejsze od poprzedniego, może niekiedy również nastręczać pewne wątpliwości. Szczególnie schorzenie kiłowe dolnych odcinków rdzenia oraz korzonków ogona końskiego, opisane w latach ostatnich przez Guillain'a, Lechelle'a i Peron'a (Syphilis spinal infer. avec xantochromie du liquide c. rachid.), a wkrótce potem przez Sicard'a, Haguenau'a i Lichtvitze'a (Syphilis spinal pseudo — tumoral avec xantochromie ou dissociation albumino — cytologique), mogą symulować guzy rdzenia tej okolicy. Według Sicard'a postać ta nie musi się ograniczać do okolicy stożka rdzeniowego i ogona końskiego, lecz może dotyczyć i wyższych odcinków rdzenia. Przeciw guzowi a za kiłą przemawia, zdaniem Guillain'a, Lechelle'a i Peron'a, dodatni odczyn Wasserm. w płynie m. — rdz. oraz pleocytoza. Według Hudelo i Mouson'a, oraz Sicard'a i jego współpracowników zmiany w płynie m. — rdz. w tej postaci kiły rdzenia mogą być dwojakie, a mianowicie: może wystąpić zespół Froin'a, albo też zespół Sicard'a — Foix. Znaczenie największe posiadają według Sicard'a: dodatni odcz. Wasserm. oraz wynik próby lipjodolowej. Lipjodol opada tu całkowicie na dno worka twardówkowego lub też tworzy cały szereg kropel, świadczących o zrostach oponowych, nigdy zaś nie zatrzymuje się tak, jak w przypadkach guzów.

Zdarzają się jednak przypadki meningo-myelitis luet. z ujemnym wynikiem odczynu Wasserm. w surowicy i w płynie m. rdz., w których lipjodol zatrzymuję się en bloc, utrudniając w dużym stopniu odróżnienie cierpienia tego od guza rdzenia. W krótkości przytoczymy historję choroby pacjenta, u którego rozpoznanie wahało się między guzem rdzenia a meningo-myelitis luetica. To ostatnie cierpienie, które i klinicznie wydawało się bardziej prawdopodobnem, zostało potwierdzone przez operację.

K. S. I. 40. Przybył do szpitala 20/VII 1927 r. W 1913 r. zaraził się kiłą. W ciągu 3 lat przechodził leczenie swoiste (Hg), dość systematycznie. Przed 8 laty wystąpiły nagle objawy następujące: ból głowy, sztywność karku, zamroczenie, podwójne widzenie, zatrzymanie moczu i kału. Po kilku tygodniach stan się poprawił. Wówczas zjawił się niedowład kończyny doln. pr., później zaś uczucie „opasywania nitką". Przed 7 laty leczenie swoiste (Hg + „914"). Stan stale się pogarszał; wystąpił niedowład kończ. doln. lewej, nietrzymanie moczu (w nocy) oraz osłabienie erekcji.

Stan obecny: Źrenice oddziaływują na światło i zbieżność. Nerwy czaszkowe oraz kończ. górne bez zmian. Kończyny dolne: niedowład spastyczny pr. > l. Abd. górne i środk. = O, dolne b. słabe, PR i AR wybitnie wzmożone. Babiński, Rossolimo, Mendel — Bechterew obustr. + +. Czucie bólowe i cieplikowe zniesione od D_{10} w dół. Czucie głębokie zniesione w kończ. doln. pr. P. L. Płyn m.—rdz. bezbarwny. N. Ap. +; pleocyt. = O. Odczyn Wasserm. ujemny (z krwi również ujemny).

24 8. Lipjodol, zastrzyknięty podpotylicznie, zatrzymał się między IV a V kr. grzbiet. w postaci kuli, o podstawie nieco spłaszczonej (nie wklęsłej!) (Zdjęcie po 20, 30, 48 i 96 g.) (Fig. XVI-a. Po zastrzyku lipjodolu wystąpił zupełny bezwład kończ. dolnych, granica zaburzeń czucia podniosła się do linji mieczykowatej.

12.IX. P. L. Płyn bezbarwny; N. — Ap. +; pleocyt. = O; Odcz. Wasserm. + + (z krwi ujemny). Lipjodol, zastrzyknięty w położeniu Trendelenburga, przesunął się w postaci 3 słupków oddzielnych, dochodząc do VII kręgu grzbiet. Fig. XVI-b.

Zastosowano zastrzyki „914". Objawy, które wystąpiły po zastrzyku lipjodolu (górnego), zaczęły się cofać. Odczyn Wasserm. z płynu m. — rdz. + + +; z krwi + +.

Zdjęcie roentgenowskie w 37 dni po zastrzyku górnym: poniżej kuli lipjodolu pojedyńcze krople, lipjodol dolny nie opadł całkowicie do worka twardówkowego. W 59 dni po zastrzyku: kula lipjodolowa rozbiła się na szereg drobnych kropel. Duża część lipjodolu opadła do worka twardówkowego.

W przypadku tym cień lipjodolu górnego przemawiał za zrostami bardzo grubemi, cień dolny natomiast za zrostami delikatnemi. Wobec dość dużego odstępu (3 kręgów) między oboma cieniami musiano myśleć również i o sprawie nowotworowej (+ zrosty oponowe). Przeciw temu rozpoznaniu a za kiłą rdzenia przemawiały jednak dane z wywiadów, wystąpienie dodatniego odczynu Wasserm. podczas leczenia swoistego nietylko w płynie m.-rdz., lecz również w surowicy krwi, wreszcie rozbicie się kuli lipjodolowej (pod wpływem leczenia „914"?) na drobne krople oraz częściowe ich opadanie.

Operacja (Dr. *Sołowiejczyk*) wykazała arachnitis fibrosa na przestrzeni 5 wytrepanowanych kręgów.

Możemy zatem powiedzieć, że w tych przypadkach kiły rdzenia (meningo-myelitis luetica), w których lipjodol się zatrzymał, powstaną figury, charakterystyczne dla zrostów oponowych, nie zaś dla guzów. Jeżeli jednak, jak to miało miejsce w przypadku powyższym, między lipjodolem górnym, a dolnym powstanie pewien odstęp, to nie można wykluczyć guza rdzenia, dookoła którego wytworzyły się zrosty.

W większości naszych przypadków kiły rdzenia (4) lipjodol opadł całkowicie na dno worka twardówkowego.

Sclerosis multiplex.

Duże usługi oddaje próba lipjodolowa w rozpoznaniu różniczkowem między guzami zewn.-rdzeniowymi a steward. rozsianem.

Odróżnienie tych dwu jednostek chorobowych na zasadzie obrazu klinicznego niezawsze jest możliwe. Znane są przypadki, przypominające zarówno pod względem obrazu klinicznego, jak i przebiegu (wahań) stwardnienie rozsiane, z drugiej zaś strony zdarzają się niezbyt rzadko przypadki postaci wyłącznie rdzeniowej, stwardnienia rozsianego z bólami korzonkowymi, z zaburzeniami przedmiotowemi czucia, bardzo wyraźnemi, nawet o typie Brown-Séquard'a, z zanikami mięśniowymi, z przebiegiem stale postępującym, bez wahań, a więc — przypominające obrazy kliniczne guzów. Badanie płynu m.-rdz. umożliwia w większości przypadków rozpoznanie różniczkowe (W steward. rozsianem nie stwierdza się w płynie żadnych zmian, albo słabo dodatni odczyn N.-Appelta z pleocytozą lub bez (częściej)). Jak już poprzednio wspominaliśmy, zdarzają się jednak przypadki guzów rdzenia (sprawdzone), w których odcz. N.-Appelta wypada ujemnie lub słabo dodatnio. O ile zatem stwierdzenie zespołu uciskowego w płynie m.-rdzen. ułatwia rozpoznanie różniczkowe, to na wyniku ujemnym nie można się opierać z absolutną pewnością. W myelografji lipjodolowej posiadamy zatem drugi bardzo ważny czynnik różniczkowo-rozpoznawczy.

Na zasadzie danych z piśmiennictwa, głównie jednak na zasadzie materjału własnego (30 przypadków scler. multpl. z dokonaną próbą lipjodolową), możemy powiedzieć, że w stwardnieniu rozsianem lipjodol opada całkowicie na dno worka twardówkowego lub też zatrzymuje się tylko częściowo w postaci kropel mniejszych lub większych, rzadziej zaś smug podłużnych. Niekiedy występuje spora liczba drobnych kropelek, rozrzuconych na dużej przestrzeni (arrêt en égrenèment). Krople duże mogą do pewnego stopnia naśladować zatrzymanie się częściowe lipjodolu, w przypadkach guzów zewn.-rdzeniowych; lecz na podstawie kształtu ich można

odrazu guz wykluczyć. Krople te bowiem bywają podłużnie-owalne lub kuliste, niewykazują jednak nigdy podstawy wklęsłej.

Toteż obraz lipjodolowy w przypadku Messinga (dwie duże krople, pionowo nad sobą ułożone) nie jest, wbrew twierdzeniu autora, charakterystyczny dla guza zewn.-rdzeniowego, lecz właśnie taki, jaki się nierzadko widuje w stwardn. rozsianem. Na 30 przypadków tego cierpienia w 10 lipjodol zatrzymał się w postaci tylko co opisanej (w 9 przypadkach krople różnej wielkości, pojedyńcze lub bardzo liczne, oddzielne lub też zlewające się ze sobą, w 1 przypadku smugi podłużne na dużej przestrzeni. (Fig. XVII — XXI). (Zdjęć dokonywano w ½ godziny, w 24 godz., w 1 przypadku w 48 godzin po zastrzyku). Na zdjęciach późniejszych, (dokonanych tylko w niektórych przypadkach), z obrazów wyżej wymienionych pozostawał tylko ślad minimalny, cała zaś ilość lipjodolu znajdowała się na dnie worka twardówkowego. W jednym przypadku lipjodol opadał stopniowo w ciągu kilku dni. W ½ godziny po zastrzyku stwierdzono go na dolnych kręgach szyjnych w postaci dużej plamy, o konturach nieregularnych; na zdjęciu, dokonanem w 48 godzin po zastrzyku, widać, że lipjodol tworzy mnóstwo kropel i smug podłużnych w okolicy kręgów szyjnych i grzbietowych, zaś największe smugi w obrębie 2 dolnych kręgów grzbietowych i 2 górnych lędźwiowych, wreszcie na III kręgu lędźwiowym zatrzymała się główna masa lipjodolu w kształcie dużego zęba. W 10 dni po zastrzyku stwierdzono całą prawie ilość lipjodolu na dnie worka twardówkowego, zaś ze smug i kropel, wyżej opisanych, pozostały tylko ślady. (Fig. XX). Przyczynę zatrzymania się lipjodolu w stwardnieniu rozsianem stanowią, niewątpliwie, zrosty oponowe, będące następstwem sprawy zapalnej, towarzyszącej zmianom w rdzeniu. (Należy jednak pamiętać o zatrzymaniach przypadkowych „faux arrêts", zwłaszcza w górnym odcinku kanału grzbietowego oraz w kieszonkach podpajęczynówkowych (Peiper).

Inne schorzenia rdzenia natury nieuciskowej.

Zatrzymanie się lipjodolu w sposób wyżej wymieniony nie jest zresztą patognomiczne dla stwardnienia rozsianego, zdarza się ono bowiem, jakkolwiek rzadziej, i w innych cierpieniach rdzenia. Widywaliśmy obrazy podobne w jamistości rdzenia (2) oraz w Myelosis funicularis Henneberga (2), lecz we wszystkich tych przypadkach krople były nikłe i nieliczne. W innych cierpieniach, jak: zapalenie ostre i podostre rdzenia, stwardnienie zanikowe boczne, rwa kulszowa i inne, próba lipjodolowa wypadała ujemnie.

Cierpienia kręgów.

I. *Guzy kręgów.*

Już w pierwszych okresach stosowania próby lipjodolowej *Sicard* a później *Clovis Vincent* zwracali uwagę na to, że we wczesnych okresach schorzeń kręgów (gruźlica, nowotwory) próba lipjodolowa (podpajęczynówkowa) wypada przeważnie ujemnie. Wprowadzone poprzednio przez *Sicard'a* i *Forestier'a* badanie drożności przestrzeni nadtwardówkowej za pomocą lipjodolu, które teoretycznie bardziej się nadawało do wykazania przeszkody w tym okresie cierpienia, nie przyjęło się, gdyż obrazy otrzymane nie były dostatecznie jasne.

Jest rzeczą zrozumiałą, że dopóki nowotwór nie wywołuje zmian w przestrzeni podpajęczynówkowej rdzenia, dopóty lipjodol może swobodnie opadać.

Z pośród 29 przypadków guzów kręgów w 20 (69%) lipjodol zatrzymał się całkowicie lub częściowo powyżej, a w nielicznych przypadkach również i poniżej kręgów zniszczonych. Czas, jaki upłynął od wystąpienia pierwszych objawów (subjektywnych) do wykonania próby lipjodolowej, wahał się od 5 tygodni do 2 lat. We wszystkich tych przypadkach (o wyniku dodatnim) istniały objawy ze strony rdzenia mniej lub więcej wyraźne; płyn mózg.-rdz. wykazywał prawie wszędzie zespół uciskowy, w 19 przypadkach stwierdzono również zmiany roentgenologiczne w kręgach. Obraz lipjodolowy w guzach kręgów nie przedstawia nic charakterystycznego. Widujemy tu zarówno figury charakterystyczne dla zrostów oponowych, a więc krople różnej wielkości, pojedyńcze lub zlewające się ze sobą, smugi podłużne, dość szerokie („sople lodu") lub liczniejsze, węższe, zlewające się ze sobą u góry (w postaci grzebienia, pędzla) i t. p. (Fig. XX, XXV, XXVI), jak i figury spotykane w guzach zewn.-rdzeniowych. Te ostatnie są znacznie rzadsze. Widzieliśmy je tylko w 3 przypadkach. W jednym z nich sekcja wykazała guz, wychodzący z okostnej na wewn. powierzchni kanału kręgowego, w drugim guz kręgów (Sa), przechodzący na rdzeń (Fig. XXIV), w 3 zaś przypadku (przerzut Ca) sekcji nie robiono. (W tym ostatnim przypadku lipjodol zatrzymał się całkowicie już w 5 tygodni po wystąpieniu bólów w kręgosłupie. (Fig. XXII). Chora wykazywała szybko narastający niedowład kończyn dolnych, dodatni objaw *Queckenstedta*, wybitny zespół uciskowy z ksantochromią w płynie m.-rdz. oraz zniszczenie kręgów).

Z pośród 6 przypadków, w których próba lipjodolowa wypadła naogół ujemnie, w 3 widać było drobne kropelki wzdłuż kilku kręgów (prawdopodobnie wskutek cienkich zrostów międzyoponowych). W przypadkach tych,

za wyjątkiem jednego, stwierdzono zmiany roentgenologiczne (w jednym — vertebre d'ivoire).

Jakie znaczenie ma próba lipjodolowa w guzach kręgów i kiedy ma być stosowaną? Według *Peipera* wskazaną ona jest tylko w przypadkach guzów, wychodzących z kręgów, a wrastających w kanał kręgowy (enchondroma); guzy te nie dają bowiem zmian roentgenologicznych, są zatem trudne do rozpoznania. We wszystkich natomiast przypadkach, które przebiegają ze zniszczeniem kręgów, widocznem na roentgenogramach, próba lipjodolowa jest, zdaniem *Peipera,* zbyteczną, rozpoznanie bowiem i bez niej jest możliwe. *Peiper* ma poniekąd słuszność, jednakże nie należy zapominać o tem, że objawy rdzeniowe w przebiegu guza kręgów nie muszą być następstwem ucisku tegoż guza na rdzeń, mogą one bowiem powstać na tle naczyniowem (ucisk) lub toksycznem. Wynik próby lipjodolowej wyjaśni do pewnego stopnia stosunek, jaki zachodzi między guzem kręgów a rdzeniem; swobodne opadanie lipjodolu przy objawach rdzeniowych wybitnych będzie przemawiało raczej za tłem naczyniowem lub toksycznem, natomiast zatrzymanie się lipjodolu, (zwłaszcza w sposób charakterystyczny dla guzów zewn.-rdzeniowych), będzie przemawiało za uciskiem. Ma to niemałe znaczenie praktyczne ze względu na zabieg operacyjny.

W jednym przypadku guza zewn.-kręgowego (Lympho-sarcoma mediastini), wnikającego poprzez otwory międzykręgowe do wnętrza kanału grzbietowego i wywołującego objawy uciskowe, lipjodol zatrzymał się w sposób charakterystyczny dla guzów zewn.-rdzen.

(Spondylitis tbc, spondylitis infectiosa).

II. *Próchnica kręgów*

Zatrzymanie lipjodolu w próchnicy kręgów jest stosunkowo częstsze, niż w guzach kręgów. Z pośród 16 przypadków (15 przypadków spondylitis tbc. oraz 1 przyp. spondyl. infectiosa) w 14 próba lipjodolowa wypadła dodatnio, w 2 zaś ujemnie.

W przypadkach, w których próba lipjodolowa dała wynik dodatni (za wyjątkiem jednego), stwierdzono zmiany roentgenologiczne w kręgach i chrząstkach międzykręgowych, objawy rdzeniowe mniej lub więcej wybitne, oraz zespół uciskowy w płynie m.-rdzen.

Lipjodol zatrzymał się częściowo lub całkowicie powyżej kręgów zniszczonych, w 3 zaś przypadkach powyżej oraz poniżej tychże. (W tych ostatnich na sposób zrostów oponowych). Fig. XXVII — XXX. Podobnie, jak w guzach kręgów, tak i tu nie widzieliśmy obrazów charak-

terystycznych dla próchnicy kręgów, lecz figury takie, jak w sprawach zrostowych opon (większość) lub w guzach zewn.-rdzeniowych (3 przyp.) Z tego też względu myelografja lipjodolowa nie nadaje się do celów różniczkowo-rozpoznawczych między guzami zewn.-rdzen. a cierpieniem kręgów (gruzlica, guz), jak również między guzem a gruźlicą kręgów. Jest również rzeczą wątpliwą, czy na podstawie obrazu lipjodolowego uda się odróżnić poszczególne postacie gruźlicy kręgosłupa, jak przypuszczają E. Sorrel i Déjérine-Sorrel. Według tych autorów ropnie wewn. kanałowe zatrzymują lipjodol w kształcie litery „V", lub pędzla, podczas gdy w pachymeningitis tbc. lipjodol przybiera kształt słupka o podstawie poziomej (figura, według Sicard'a, patognomiczna dla gruźlicy, guzów kręgow oraz guzów rdzenia, bardzo dużych). Roger, Dupeyrac i Reboult widzieli w pachymeningitis tbc. smugi pionowe (coulées verticales). W jednym z przypadków naszych *), przedstawiającym się klinicznie, jako ropień wewn.-kanałowy (nagłe wystąpienie niedowładu kończyn dolnych, który ustąpił po 3 tygodniach), lipjodol wytworzył dwie smugi podłużne, zlewające się ze sobą u dołu. (Obrazy podobne widywaliśmy i w innych przypadkach gruźlicy, jak również w niektórych przypadkach guzów kręgów). Po ustąpieniu niedowładu lipjodol opadł całkowicie, pozostawiając tylko ślad minimalny.

Podobnie jak w guzach rdzenia oraz w sprawach kiłowych, można w gruźlicy kręgów zapomocą próby lipjodolowej kontrolować do pewnego stopnia wpływ leczenie na przebieg choroby, pozatem nie posiada ona w cierpieniu powyższem znaczenia większego.

III. *Promienica.*

Grupa ta obejmuje w kazuistyce naszej tylko 1 przypadek (promienica kości goleniowej lewej, kości czaszki oraz kręgów szyjnych, niedowład wiotki z zanikiem mięśni kończyny górnej prawej, brak zmian w płynie m.-rdz.). W przypadku tym lipjodol zatrzymał się w postaci 2 smug równoległych, leżących po obu stronach rdzenia szyjnego.

IV. *Sprawy urazowe kręgosłupa.*

Wielkie znaczenie przypisuje Peiper próbie lipjodolowej w sprawach urazowych kręgosłupa, a mianowicie w złamaniach i zwichnięciach kręgów.

*) S. Bau-Prussak: Über den diagnostischen Wert der Lipiodolmyelographie. Przyp. 19. Z. f. d ges. Neur. u. Ps. Bd. I C, H 3/4 1925.

Ma ona umożliwiać różnicowanie zmian, powstających na skutek ucisku rdzenia przez zwichnięte, względnie złamane kręgi lub też ich odłamki, od objawów wywołanych wstrząsem (commotio) lub też wylewem krwi do istoty rdzenia Ma to znaczenie bardzo doniosłe, decyduje bowiem o zabiegu operacyjnym. W jednym z przypadków naszych (złamanie kręgów szyjnych, stwierdzone roentgenologicznie) lipjodol opadł (zatrzymał się jednak z przyczyn niewyjaśnionych na kręgach lędźwiowych). Kręgi złamane nie wykazywały (ani roentgenologicznie, ani klinicznie) przemieszczenia, tak że objawy rdzeniowe (tetraparesis, zaburzenia czucia, szczególnie bólowego i cieplikowego) nie były następstwem ucisku kręgów złamanych na rdzeń. Zgodnie z tem drożność w przestrzeni podpajęczynówkowej w obrębie kręgosłupa szyjnego nie była upośledzoną.

Zapomocą próby lipjodolowej można nawet po upływie wielu lat wykazać zrosty oponowe, będące następstwem urazu kręgosłupa. Lipjodol zatrzymuje się w przypadkach tych pod postacią smug długich, przypominających niekiedy klepsydry (Peiper). Tego rodzaju obrazy spostrzegaliśmy w 3 przypadkach, których historję choroby w krótkości tu przytoczymy.

Przyp. I. S. E. l. 60. Przybyła do szpitala 19. II. 1925 r. Przed 15 laty wystąpił po upadku (na lewy bok) ból w krzyżu, promieniujący do kończyny dolnej lewej. W ostatnich czasach ból się wzmógł, ponadto osłabły obie kończyny dolne.

Bad. przed.: Niedowład kończyn dolnych o typie wiotkim (l > pr.). Odruchy: PR: pr. wzmożony, lewy osłabiony; AR średnio zywe, podeszwowe normalne. Czucie wszystkich rodzajów bez zmian. Płyn m.-rdz. bezbarwny, Nonne-Appelt +; pleocytoza = O. Lipjodol, zastrzyknięty podpotylicznie, zatrzymał się na kręgach lędźwiowych, tworząc smugi, z których jedna przypomina nieco kształtem klepsydrę. (Fig. XXXI).

Należy przypuszczać, że w przypadku tym wystąpił po urazie krwotok do opon, który stał się przyczyną zrostów, uciskających korzonki ogona końskiego.

Przyp. II. O.R.1.48. Przybyła na oddział 15/X.1925 r. Na początku kwietnia 1924 r. wystąpiły bóle napadowe w kończynach dolnych, trwające kilka dni. Po kilku-dniowej przerwie, podczas gdy pochylona sznurowała buciki, wystąpił ponownie ból gwałtowny w kończynach dolnych, posuwający się ku górze aż do łuku żebrowego. Równocześnie chora odczuła drętwienie na stopach i goleniach. Po paru godzinach wystąpił niedowład odcinków obwodowych kończyn dolnych, nietrzymanie moczu i kału. Bóle po większej części ustąpiły, utrzymały się tylko w lewej goleni. Odruchy kolanowe początkowo zniesione, później wróciły. Od początku choroby bólesne prężenie kończyn przy zmianie położenia, oraz skurcze, rozpoczynające się w odbytnicy i przechodzące na mięśnie pośladka i powierzchni tylnej uda po stronie lewej.

Bad. przed: Niedowład odcinków obwodowych obu kończyn dolnych, (l. > pr.); w odcinkach dośrodkowych kończyny pr. siła mięśni dobra, w kończynie lewej cokolwiek osłabiona. Czucie powierzchowne osłabione w obrębie obu kończyn dolnych, szczególnie na obwodzie. Odruchy: PR wzmożone, l. > pr., kloniczny; AR = O; podeszwowe = O. Płyn m.-rdz. — bezbarwny, Nonne-Appelt —; pleocytoza = O. Lipjodol zatrzymał się całkowicie wzdłuż kręgów lędźwiowych (w kształcie klepsydry). Bezpośrednio po zastrzyku lipjodolu ból się nasilił, lecz po paru dniach osłabł.

W przypadku tym wystąpił zatem pod wpływem nieznacznego wysiłku fizycznego krwotok do opon w okolicy ogona końskiego, wywołując bóle korzonkowe, niedowład kończyn dolnych o typie wiotkim ze zniesieniem odruchów ścięgnowych i podeszwowych, z zaburzeniami czucia, oraz porażenie zwieraczy. Następstwem krwotoku tego były zrosty oponowe, powodujące zatrzymanie lipjodolu w sposób charakterystyczny. (Powrót odruchów kolanowych, ich wzmożenie oraz napady prężenia w kończynach dolnych dowodzą, że oprócz krwotoku do opon w okolicy ogona końskiego, wystąpił również nieznaczny wylew krwi do istoty rdzenia powyżej górnych odcinków lędźwiowych).

Przyp. III. J. Sz. 1.63. Przybył do szpitala 5.I.1925 r. Po upadku, który miał miejsce przed 2½ laty, odczuwał w ciągu 8 miesięcy ból w prawej kończynie dolnej. Po dłuższej przerwie wystąpił przed 8 miesiącami ból w kończynie dolnej lewej.

Badanie przedmiotowe: Scoliosis sinistra. Kość krzyżowa w górnym odcinku bolesna przy ucisku. Niedowład kończyny dolnej lewej o typie wiotkim, z zanikami mięśni. PR zachowane, l. > pr.; AR pr.+; l. = O. Odruchy podeszwowe = O. Nieznaczne osłabienie czucia bólowego i dotykowego na goleni i stopie z lewej strony. Płyn m.-rdz.: Nonne-Appelt +; pleocytoza = O. Roentgenogram: lipjodol zatrzymał się na wysokości promontorjum w kształcie długiej smugi. Na kręgach lędźwiowych widoczne są exostozy. Boczne odcinki IV i V kręgu lędźwiowego połączone ze sobą zapomocą stawu.

Po zastrzyku lipjodolu silny ból w okolicy krzyżowej oraz zatrzymanie moczu, które ustąpiło po paru dniach. Bóle w okolicy krzyżowej i kończynie dolnej lewej ustały prawie zupełnie.

Następstwem urazu w przypadku tym było zatem wytworzenie się występów kostnych oraz krwotok do opon, powodujący zrosty między-oponowe w okolicy dolnych kręgów lędźwiowych.

W 2 przypadkach lipjodol odegrał rolę leczniczą, powodując znaczne zmniejszenie się bólów w przypadku I i prawie zupełne ich ustąpienie w przypadku III.

We wszystkich 3 przypadkach udało się wykazać zrosty między-oponowe, wywołane wylewem krwi na skutek urazu, a będące przyczyną cierpienia (ucisk korzonków ogona końskiego). Okres czasu, jaki upłynął

między początkiem choroby a wykonaniem próby lipjodolowej wahał się od 10 miesięcy do 15 lat.

Poglądy różnych autorów, dotyczące działania lipjodolu na opony rdzenia, są jeszcze bardzo rozbieżne. Zdaniem niektórych (Babiński, Sharpe i Peterson, Maclaire, Nonne, Foerster), lipjodol wywołuje zrosty międzyoponowe. F. Krauze opisuje zwyrodnienie korzonków ogona końskiego, wywołane przez lipjodol. W przypadku Wartenberga wystąpiły po zastrzyku lipjodolu zaburzenia oddychania, zamroczenie, oraz niedowład n. VII; w przypadku Purvesa-Stewarta niedowład n. VI (lipjodol przedostał się na podstawę czaszki). Nonne stwierdził w jednym przypadku wewnątrz rdzenia jodypinę, dookoła której bujała tkanka glejowa. (W jaki sposób jodypina tam się dostała nie wiadomo, autor zapewnia, że rdzeń nie został uszkodzony podczas nakłucia). Według Desgouttes'a lipjodol wywołuje przekrwienie i nie należy go stosować na krótki czas przed operacją. W jednym przypadku autora lipjodol wywołał w końcowym worku twardówkowym zapalenie miejscowe, powodujące bóle korzonkowe, które ustały dopiero po laminectomji i usunięciu lipjodolu. Zaburzenia w przypadkach: Stahla (wymioty, Ny, niedowład n. VII), Pflistera (zaburzenia oddychania), jak również przypadki śmiertelne (Nonne, Hoff, Lenthart, Sentes i inni) nie stoją w związku z zastrzykiem lipjodolu, lecz z uszkodzeniem rdzenia podczas nakłucia.

Obawa przed szkodliwem działaniem lipjodolu na opony rdzenia była główną przyczyną, dla której próba *Sicarda* i *Forestier'a* nie zdołała się przyjąć w Ameryce. Jednakże liczni autorzy, rozporządzający dość dużym materjałem, odnoszącym się do myelografji lipjodolowej, a mianowicie *Sicard, Forestier, Clovis Vincent, Sorrel, Robineau, Esskuchen, Peiper, Denk, Schuster, Curschman, Albrecht, Levy, Pappenheim, Heyman*, podkreślają zupełną nieszkodliwość lipjodolu dla opon rdzeniowych.

Badania doświadczalne na królikach (*A. Lindbloom, Peiper* i *Klose)* wykazały, że przy odpowiedniem dawkowaniu ($^1/_{10}$—$^1/_{20}$ cm^3 *(Peiper* i *Klose)* lipjodol wywołuje jedynie tylko przejściowy stan zapalny w oponach. Natomiast dawki większe (½ cm^3) wywoływały według tych ostatnich autorów zmiany w komórkach rdzenia, szczególnie zaś w rogach przednich (chromatolysis), zaś po 2 cm^3 następowało w krótkim czasie zejście śmiertelne z powodu mechanicznego, grubego uszkodzenia rdzenia (zanim jeszcze zmiany histologiczne zdążyły się wytworzyć).

Również, co do działania jodypiny Mercka, zdania są podzielone. *Levy* spostrzegał po zastrzyku tejże zapalenie (jałowe) opon rdzeniowych, *Schuster* oraz *Heyman* przypisują jej również własności szkodliwe; wręcz

odmiennego zdania natomiast są *Esskuchen*, *Denk*, *Pappenheim* i *Albrecht*, którzy nie widzieli złych następstw po jodypinie.

Stosowany we Włoszech preparat krajowy „Iodoleum" — połączenie organiczne jodu z oliwą (oliva olivar.), działa, zdaniem *A. Rossi'ego* mniej drażniąco na opony, niż lipjodol francuski.

W badaniach naszych posługiwaliśmy się wyłącznie tym ostatnim. Nie przekraczaliśmy nigdy dawki 1 cm³. Stosowanie dawek większych (1½ — 2 cm.³), jak to czynią niektórzy autorzy, wydaje się nam zupełnie zbyteczne.

Lipjodol wywołuje niewątpliwie pewne działanie drażniące, dowodem tego jest podwyższenie ciepłoty ciała w większości przypadków, odczyn zapalny w płynie mózg-rdzen., niekiedy bóle korzonkowe oraz zatrzymanie moczu. Objawy te są przejściowe i ustępują przeważnie po 24—48 godzinach. (Rzadziej dopiero po 72 godzinach). W paru przypadkach widzieliśmy bezpośrednio po zastrzyku lipjodolu zaburzenia poważniejsze, a mianowicie: zblednięcie, poty zimne, tętno drobne i przyśpieszone, mdłości, a nawet wymioty. Zaburzenia te trwały zaledwie kilkanaście minut, w jednym przypadku około ½ godziny, poczem ustępowały bez śladu. Nasilanie się objawów (podmiotowych i przedmiotowych) w niektórych przypadkach miało również charakter przejściowy.

Wiek chorych nie odgrywa roli. Chorzy w wieku starszym (od 60 do 72 lat) znosili zabieg nie gorzej od osobników młodych. Nigdy nie spostrzegaliśmy w związku z zastrzykiem lipjodolu zaburzeń stałych. (Niektórych chorych obserwowaliśmy w ciągu 3 lat). W przypadkach, operowanych lub sekcyjnych, nie stwierdziliśmy nigdy zrostów między-oponowych, wywołanych lipjodolem. W 5 przypadkach lipjodol miał wpływ wyraźnie dodatni na bóle korzonkowe, które ustały, lub też zmniejszyły się znacznie. (1 przypadek guza kręgów szyjnych i 1 przypadek guza rdzenia, 1 przypadek przypuszczalnego stwardnienia rozsianego, 2 przypadki zrostów oponowych, pourazowych).

Zmniejszanie się bólów po lipjodolu spostrzegał również Sicard. W przypadku Denka, dotyczącym dziewczyny 20-letniej (niedowład wszystkich kończyn, zanik drobnych mięśni dłoni, wzmożenie odruchów ścięgnowych, Babiński obustronny, zniesienie czucia głębokiego w palcach stóp, odczyn Wasserm. dodatni), już w parę dni po zastrzyku lipjodolu, (który się zatrzymał en bloc na IV i V kręgu szyjnym, a po trzech dniach opadł), objawy zaczęły się cofać tak, że po 4 dniach chora opuściła łóżko. Autor przypisuje poprawę działaniu bezpośredniemu jodu, lub też rozerwaniu zrostów przez lipjodol.

Wybitną poprawę po lipjodolu opisuje również Schuster u starszej kobiety, dotkniętej bezwładem skurczowym kończyn dolnych, trwającym już czas dłuższy, a który autor przypisuje zapaleniu zrostowemu opon miękkich. (Lipjodol zatrzymał się w kształcie winogron). Poprawa wystąpiła bezpośrednio po zastrzyku lipjodolu; objawy ustąpiły po pewnym czasie prawie zupełnie.

Streszczenie.

I. Próba lipjodolowa Sicard'a i Forestier'a jest przy dzisiejszym stanie nauki o chorobach rdzenia niezbędną metodą pomocniczą, uzupełniającą badanie kliniczne.

II. Ułatwia ona, a nierzadko nawet umożliwia rozpoznanie różniczkowe między guzem, a innemi cierpieniami rdzenia (Sclerosis multiplex, Meningo-myelitis luetica, Pachymeningitis hypertrophica, Leptomeningitis spinalis adhaesiva, Syringomyelia i inne) oraz dokładne umiejscowienie segmentarne guza, przewyższając pod tym względem niejednokrotnie badanie kliniczne.

III. Obrazy lipjodolowe wogóle podzielić można pod względem morfologicznym na 3 grupy zasadnicze, a mianowicie: na obrazy charakterystyczne: 1. Dla guzów zewn.-rdzeniowych (słupki i stożki o podstawie wklęsłej, kapelusz Napoleona, mitry biskupie, czapki frygijskie, kopuły, półksiężyce i t. p. Cechą charakterystyczną wszystkich tych figur jest podstawa wklęsła). 2. Dla guzów wewn.-rdzeniowych (długie, nitkowate smugi, leżące równolegle po obu stronach rdzenia „lignes longitudinales festonnées"). 3. Dla zrostów międzyoponowych. Te ostatnie zatrzymują lipjodol w postaci kropel oraz smug, które, zlewając i łącząc się ze sobą, tworzą obrazy różnorodne, niekiedy bardzo fantastyczne. Niektóre z nich wyodrębniono, jako: arrêt en égrenèment, sople lodu, grzebień, pędzel, klepsydra, medaljon i t. p. Zrosty grube zatrzymują lipjodol en bloc w postaci kul lub słupków, o podstawach poziomych, odróżniających je od figur podobnych w guzach zewn.-rdzeniowych.

IV. W guzach rdzenia widujemy obok obrazów charakterystycznych (grupy I, względnie II) obrazy, należące do grupy III, a to dlatego, że w otoczeniu guzów niezbyt rzadko wytwarzają się zrosty międzyoponowe. Myelografja podwójna umożliwia wielokrotnie w tego rodzaju wypadkach rozpoznanie różniczkowe między guzamj a zrostami oponowymi. Zlanie się obu cieniów lipjodololowych wyklucza guz, odstęp znaczniejszy między nimi przemawia raczej za guzem, niewyklucza jednak zrostów oponowych na większej przestrzeni.

V. W nowotworach rdzenia lipjodol zatrzymuje się całkowicie lub częściowo, zależnie od wielkości przeszkody. Zatrzymanie to może być stałe lub przejściowe, niekiedy nawet bardzo krótkotrwałe (od kilkudziesięciu minut do paru godzin). Z tego też względu należy dokonywać roentgenografji wkrótce po zastzyku (w 20 — 30 minut), by nie przeoczyć chwilowego zatrzymania się lipjodolu.

VI. Przy zatrzymaniu krótkotrwałem lipjodolu należy pamiętać o tem, że zatrzymuje on się czasami przypadkowo, niezależnie od danego cierpienia, z przyczyn często niewyjaśnionych (skrzywienie kręgosłupa opóźnia opadanie lipopjodolu, normalnie może on się zatrzymać w górnym odcinku kanału grzbietowego z powodu jego wązkości fizjologicznej).

VII. W różnych schorzeniach rdzenia natury nienowotworowej (lues spinalis, sclerosis multiplex, syringomyelia, myelitis, sclerosis lateralis amyotr. i t. d.) lipjodol przeważnie opada; w przypadkach zaś, w których się zatrzymuje, tworzy figury charakterystyczne dla zrostów międzyoponowych. (W stwardnieniu rozsianem zatrzymuje on się w dużym odsetku przypadków).

VIII. W gruźlicy oraz w guzach kręgów lipjodol nie tworzy obrazów charakterystycznych dla tych jednostek chorobowych; zachowuje się tak, jak w sprawach zrostowych opon (najczęściej) lub w guzach zewn.-rdzeniowych.

IX. Próba lipjodolowa oddaje duże usługi w sprawach urazowych kręgosłupa, a mianowicie: w złamaniach oraz zwichnięciach kręgów. Pozwala ona odróżnić objawy, będące następstwem ucisku kręgów na rdzeń, od zaburzeń, wywołanych wstrząsem lub krwotokiem do istoty rdzenia.

Przy pomocy próby tej można również wykazać zrosty oponowe pourazowe nawet w kilkanaście lat po urazie. Obrazem charakterystycznym dla tego rodzaju zrostów są smugi długie, przypominające kształtem klepsydrę.

X. Lipjodol, wprowadzony do przestrzeni podpajęczynówkowej rdzenia, wywołuje dość często podwyższenie ciepłoty ciała, bóle głowy, bóle korzonkowe, zatrzymanie moczu, zmiany w płynie m. — rdz. (odczyn zapalny). Objawy te ustępują przeważnie po 24 — 48 godzinach. Wyjątkowo zdarzają się objawy groźniejsze, a mianowicie: zaburzenia krążenia, mdłości, wymioty, lecz i te znikają bez śladu. Uszkodzeń trwałych nie spostrzegaliśmy nigdy, a przypadki takie, znane z piśmiennictwa, są stosunkowo nieliczne. Szkody te nie pozostają jednak w żadnym stosunku do stron dodatnich próby lipjodolowej, umożliwiającej rozpoznanie i umiejscowienie, a co zatem idzie usuwanie guza w okresach bardzo wczesnych, zanim zmiany poważne i trwałe zdążą się w rdzeniu wytworzyć.

PIŚMIENNICTWO.

1. Adson and Ott. — Results of the remowal of tumors of the spinal cord Arch. of. Neurol. a. Psych. 1922. Nr. 5.

2. Albrecht. — Erfahrungen mit dem myelographischen Verfahren. Kl. W. 1925. Nr. 40. p. 1938.

— Albrecht Zbl. für die ges. Neur. u. Psych. 1927. Bd. XLVII. H. 13/14. p. 810.

3. Armour Donald. — Letsomian. Lecturs, 1927.

4. Babiński. — Epreuve du lipiodol, 1924. Nr. 2. p. 228.

5. Babiński Charpentier, et Jarkowski. — Rev. Neur. 1926. Nr. 12. p. 587.

6. Barré, Crouson et Morrin. — Rev. Neur. 1925 Nr. 2. p. 253.

7. S. Bau-Prussak. — Über den diagnostischen Wert der Lipiodol myelographie. Z. f. d. ges. Neur. u Ps. Bd. IC. H. 3/4.

8. Beriel et Desgouttes. — Presse med. 1927. Nr. 14 p. 218.

9. Beriel. — Zbl. f d. ges. Neur. u. Ps. 1927. Bd. XLVI. H. 9/10. p. 583.

10. Blum — Über luische Erkrankungen des untersten Rückenmarcks abschnittes. M. m. W. 1925.

11. Borremans et Francoix. — Psamome medul. Zbl. f. d. ges. Neur u. Ps. 1927. Bd. XLVI. H. 1/2.

12. Boudre et Laplane. — Tumeur de la queu du cheval. 1927. Rev. Neur. T. II. Nr. 3 p. 304.

13. Bregman. L. — Warsz Czasop. lek. 1924. Nr. 9.

14. Bregman i Mesz. — Warsz. Czasop. lek. 1926. Nr. 5.

15. Clovis Vincent. — Presse med. 1924. Nr. 12. Rev. Neur. 1924. Nr. 6.

16. Clovis Vincent et J. Darqiet. — Rev. Neur. 1925 Nr. 1.

17. Christophe. — Sur la valeur diagnostique d/un arrêt de lipiodol intrarachid. Rev. Neur. 1927. T. II. Nr. 5. p. 490.

18. Denk. — Uber die Sicardsche Myelographie. Arch. f. kl. Chir. 1926. B. 140.

— „ Chirurgie des Liquorraumes W. kl. W. 1927. Nr. 42.

— „ Kl. W. 1924. Nr. 36. p. 1652.

19. Divry et Tecquienne. — Gliome de la moelle. Zbl. f. d. ges. Neur. u. Ps. 1927. Bd. XLVI. H. 1/2.

20. Desgouttes. — Consideration sur le traitement chirur. des tumeurs de la moelle. Zbl. f. d. ges. Nour. u. Ps. 197.

21. Dreyfuss. — Zbl. f. d. ges. Neur. u. Ps. 1927. Bd. XLVII. p. 810.

22. Esskuchen. — Die Punktion der Cisterna cerebello-medul. Kl. W. 1922. p. 1645. 1923. Nr. 40.

— „ M. m. W. 1923. p. 1830.

— „ Die Diagnostik des spinal.Subarachuoidalblocs. Kl.W. 1925 Nr 15.

— „ Zbl.f. d. ges. Neur. u. Ps. 1927. Bd. XLVII. H. 13/14. p 810.

23. Elsberg. — Tumors of the spinal cord. 1925.

24. Flatau E. — O wpływie radioterapji na guzy rdzenia. Warsz. Czasop. lek. 1924. Nr. 10. Rev. Neur. 1925. Nr. 3.

25. Froment et Dechaûme. — Presse med. 1924. Nr. 16.
26. Foerster. — Zbl. f. d. ges. Neur. u. Ps. 1927. Bd. XLVII.
27. Forestier J. — Rev. neur. 1925. T. II.
28. Grosz. — Klinische u. Liquordiagnostik der Rückenmarckstumoren. 1925.
29. Guillain et Allajouanine. — Rev. neur. 1924. T. Nr. 5. Rev. neur. 1926. T. I, p. 701.
30. Guillain et Lechelle.
31. Guillain Allajouanine, Perrison et Petit-Dutallis. Rev. neur. 1925. T. I.
32. Heymann. — Uber die Vervendung des Kontrastmittelverfahrens bei chir. Erkrankungen des Rückenmarks. Z. f. d. ges N. u. Ps. Bd. CV. H. 1/2.
33. Levy. — Zbl. f. d. ges. N. u. Ps. 1927. Bd. XLVII.
34. Lindbloom A. — Acta radiol. 1926. Bd. V. Nr. 2.
35. Maclaire. — Lipiodol in neurosurgery. Zbl. f. d. ges. N. u. Ps.
36. Messing Z. — Polska gaz. lek. 1927. Nr. 15.
37. Mingazzini. — Zbl. f. d. ges. N. u. Ps. Bd. XXXVIII. p. 304.
38. Moniz. — Compressions intrarachid. et l'epreuve lipiod. Rev. neur. 1925. T. II. Nr. 2.
39. Nonne. — D. m. W. 1926. Nr. 4. Arch. f. Psych. 1926. Bd. LXXVIII. Zbl f. d. ges. N. u Ps. 1927. Bd. XLVII. H. 13/14. p. 810.
40. Oljenick. — Rev. neur. 1927. Nr. 2.
41. Pappenheim. — Kl. W. 1927. Nr. 8. p. 382". Zbl. f. d. ges. N. u. Ps. 1927 Bd. XLVII.
42. Peiper. — Ergebnisse der Roentgendiagnostik der Erkrangungen der Wirbelsäule u. des Rückenmarkes. D. m. W. 1926. Nr. 5.
43. Peiper u. Jüngling. — Uber die Ventrikulo—u Myelographie. 1927.
44. Peiper u. Klose. — Uber die roentgenographische Darstellung des Rückenmarkes. Kl. W. 1924. Nr. 49.
45. Redlich. — Zbl. f. d. ges. N. u. Ps. 1927. Bd. XLVII.
46. Reiser E. — Fortschritte a. d. Geb. der Roentgenstrahlen. 1926. Bd. XXXIV. Nr. 4.
47. Robineau. — Presse med. 1927. Nr. 40.
48. Roger. — Paris med. 1925. Nr. 4.
49. Roger, Dupeirac et Reboult. — Lehaux. Rev. neur. 1924. T. I. Nr. 2.
50. Rossi A. — Contribution a l'etude des injections intrarachid. Rev. neur. T. I. Nr. 2. 1927.
51. Sachs E. a. M. Glaser. — Definite level symptoms suggesting spinal tumor. Zbl. f. d. ges. N. u. Ps. 1927. Bd. XLVII. H. 3/4.
52. Schuster. — Zbl. f. d. ges. N. u. Ps. Bd. XLVII.
53. Sharp a. Peterson. — The danger in the iuse of lipiodol. Zbl. f. d. ges. N. u. Ps. 1926. Bd. XLIV. p. 174.
54. Sicard. — Les compressions medul. Monde med. 1927. septembre.
55. Sicard, Binet et Coste. — Le lipjodol ascendant. Rev. neur. 1925. Nr. 1.
56. Sicard et Forestier. — Presse med. 1923. Nr. 44. Rev. neur. 1925. Nr. 1.
57. Sicard et Haguenau. — Rev. neur. 1924. Nr. 5. 1925. p. 677. 1926. T. I. Nr. 6.
58. Sicard, Haguenau et Lichvitz. — Syphilis spinal pseudo-tumoral. Presse med. 1926. T. I. Nr. 6.

59. Sicard, Haguenau et Wallich. — Rev. neur. 1927. T. l. Nr. 6.
60. Sicard, Robineau et Haguenau. — Rev. neur. 1927. T. I. Nr. 4.
61. Souques, Blamouthier et Massary. — Rev. neur. 1924. Nr. 1.
62. Souques, Lafourcade et Terris. — Rev. neur. 1925. Nr. 1.
63. Stahl u. Müller. — Med. Kl. 1924. Nr. 51.
64. Stender. — Zbl. f. d. ges. N. u. Ps. 1927. Bd. XLVII".
65. Urechia et Matyas. — Rev. neur. 1926. Nr. 2. p. 230.
66. Vanuci Dino. — Zbl. f. d. ges. N. u. Ps. 1926. Bd. H. 5/6.
67. Wartenberg. — Med. Klin. 1924. Nr. 20.
68. Weigelt. — M. m. W. 1925. Nr. 34.
69. Wüllenberg. — Zbl. f. d. ges. N. u. Ps. 1927. Bd. XLVII.

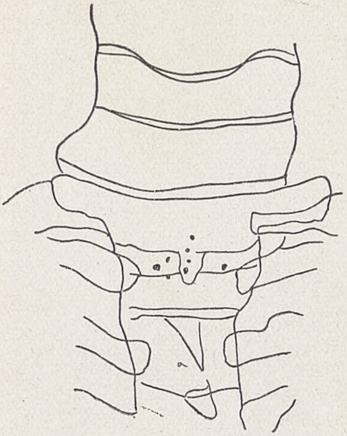


Fig. I. *a)*. Przyp. guza zewn.-rdz. 23 miesiące po I. zastrzyku.



Fig. I. *b)*. 24 godz. po zastrzyku lip. podpotyl.



Fig II. Przyp. guza zewn.-rdzen. 30 min. po zastrzyku lip. podpotyl.



Fig, III. Przyp. guza zewn.-rzd, 9 dni po zastrzyku lip. podpotyl. 30 min. po zastrzyku dolędź,

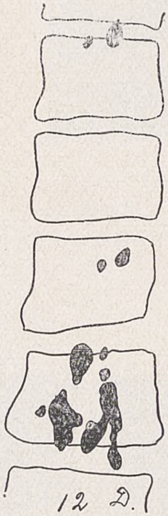


Fig. IV. *a)*. Przyp guza zewn.-rdzen. 24 godz. po zastrzyku podpotyl.

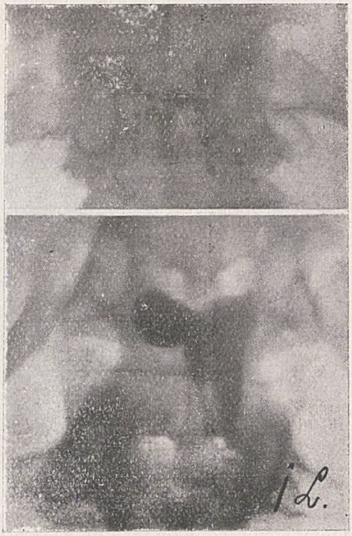
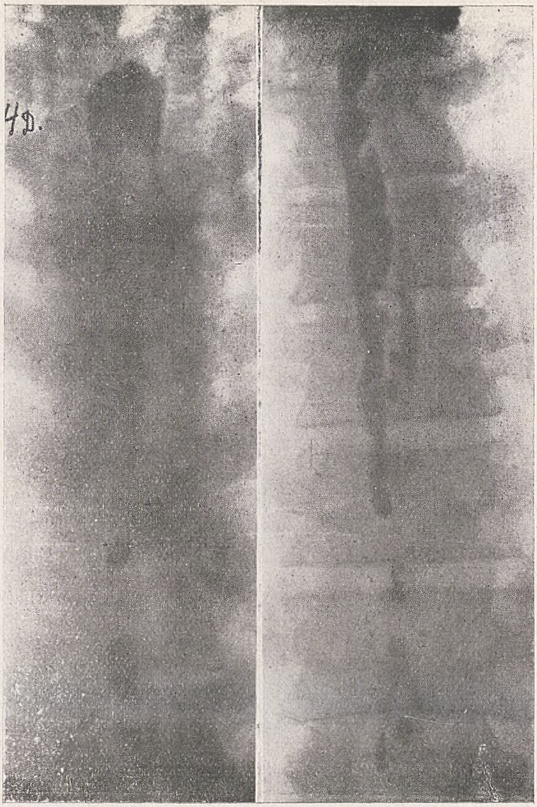


Fig. IV. *b)*. Przyp. guza zewn.-rdz. 171 dni po zastrzyku podpotyl. i 30 min. po zastrzyku dolędźw.

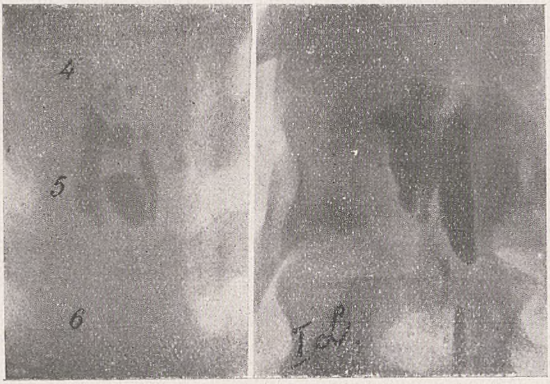


Fig. V. Przypadek guza zewn.-rdz. 16 dní po zastrzyku podpotyl. í 30 mín. po dolędźw.



Fíg. VII. Przyp. guza zewn.-rdz.

a) 40 mín. po zastrzyku podpotyl. *b)* 60 mín. po zastrzyku dolędźw.



Fíg. VI. Przyp. guza zewn.-rdz.

a) 24 godz. po zastrzyku podpotyl. *b)* 30 mín. po zastrzyku dolędźw.

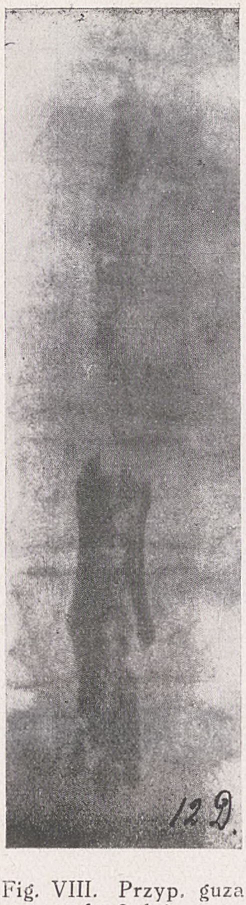


Fig. VIII. Przyp. guza zewn.-rdz. 9 dni po zastrzyku podpotyl. i 50 min. po dolędźw.

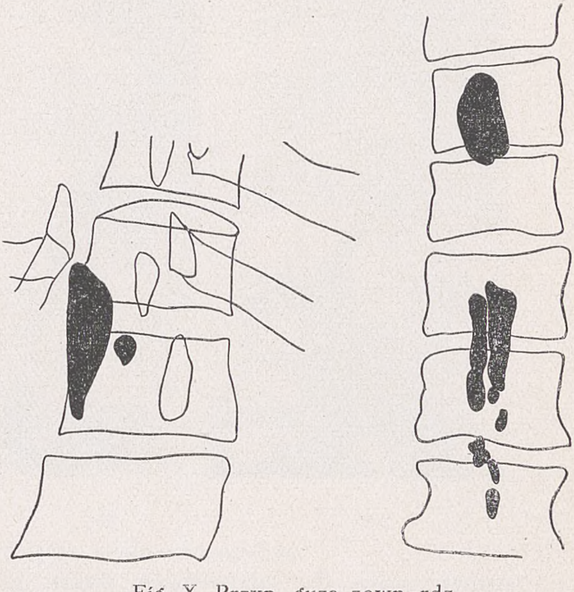


Fig. X. Przyp. guza zewn.-rdz.

a) 2 godz. po zastrzyku podpotyl. (zdjęcie boczne)

b) 9 dni po zastrzyku podpotyl. i 30 min. po dolędźw.



Fig. IX. Przyp. guza zewn.-rdz, 3 dni po zastrz. lipj. podpotyl.

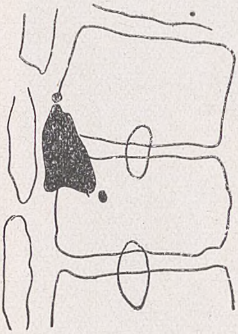
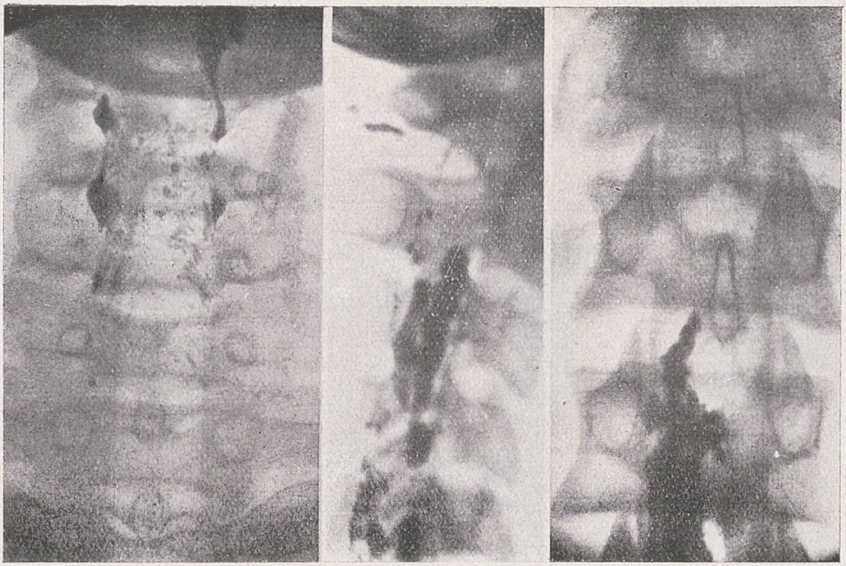


Fig. XI. Przyp. guza zewn.-rdz. 2 dni po zastrzyku podpotyl. (zdjęcie boczne).



a) b) c)

Fig. XII. Przyp. guza wewn.-rdzeniowego.
24 godz. po zastrzyku podpotyl. *a)* zdjęcïe przednio-tylne. *b)* zdjęcie boczne,
c) 90 min. po zasttzyku dolędźw.

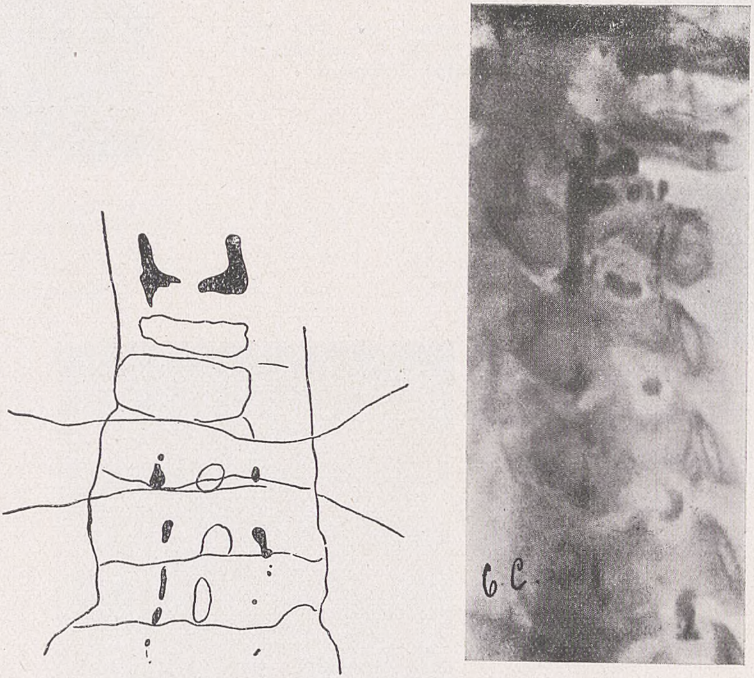
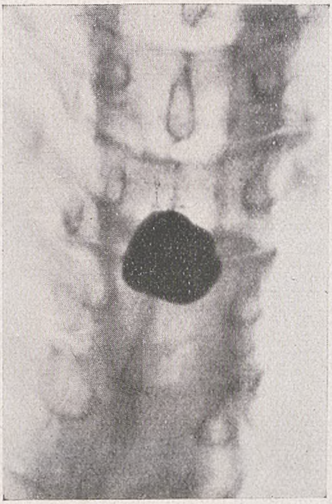


Fig. XIII. Przyp. guza wewn.- i zewn. rdzeniowego.
2 dni po zastrzyku podpotyl. lipjodolu.
a) zdjęcic przed.-tylne. *b)* zdjęcie boczne.



Fig. XIV. Przyp. guza wewn.- i zewn.-rdz. 14 dni po zastrz. lipj. podpotyl, i 30 mín. po zastrzyku dolędźw.



Fíg. XVI. *a).* Przyp. Meningo.-myelit. luet. 2 dni po zastrzyku podpotyl. lipiod.



Fig. XVI *b).* Przyp. Meningo.-myelit. luet. 20 dni po zastrzyku podpotyl. í 60 mín. po dolędźw.



Fig. XV. Przyp. Pachymen. hypertr. luet. 24 godz. po zastrzyku lipj. podpotyl.

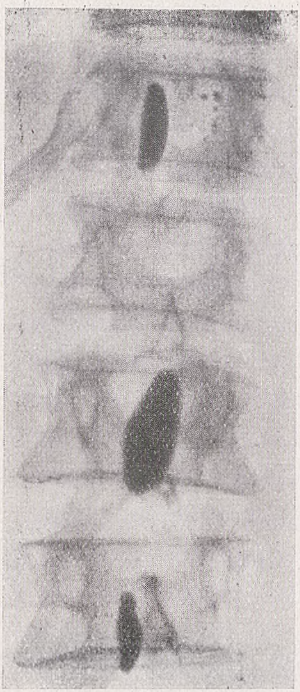


Fig. XVII. Przyp. stwardnienia rozsianego. 2 dni po zastrzyku lip. podpotyl.



Fig. XIX. Przyp. steward. rozsian. (zrosty pooperacyjne). 3 dni po zastrzyku lip. podpotyl. i 30 min. po dolędźw.



a)



b)

Fig. XVIII. Przyp. stward. rozsianego.
a) 24 godz. po zastrzyku lipj. podpotyl.
b) 8 dni po zastrzyku podpotyl. i 60 min po dolędźw.



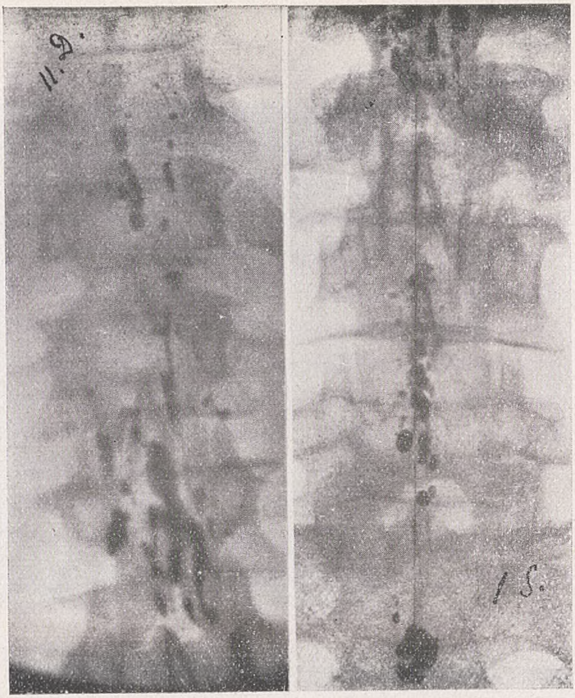
Fig. XX. Przyp. stwardnienia rozsian. *a)* 60 min. po zastrz. lipj. podpotyl. *b)* 6 dni po zastrzyku lipj. podpotyl.



Fig. XXI. Przyp. stward. rozsian. 2 dni po zastrzyku lipj. podpotyl.



Fig. XXII. Przyp. guza kręgów (Ca). 24 godz. po zastrzykń lipjodolu.



a) b)

Fig. XXIII. Przyp. guza kręg. *a)* 24 godz. *b)* 12 dni po po zastrzyku lipjod. podpotyl.



Fig. XXIV. Przyp. guza kręgów 24 godz. po zastrzyku lipj. podpotyl.



Fig. XXV. Przypadek guza kręgów. 38 dni po zastrzyku lipj. podpotyl.

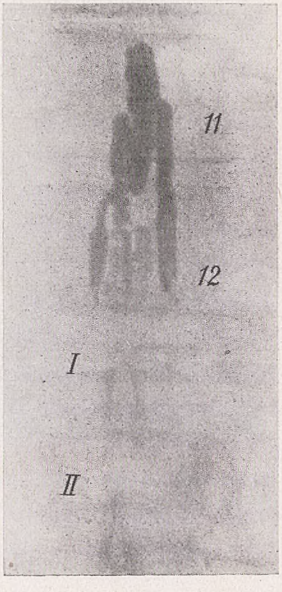


Fig. XXVI. Przyp. guza kręgów. 25 min. zastrzyku lipj. podpotyl.

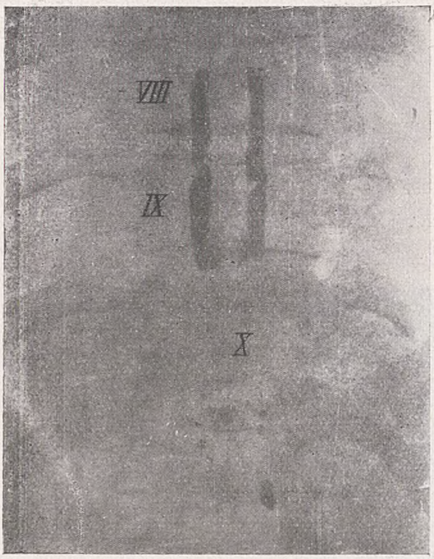


Fig. XXVII. Przyp. gruźl. kręg. 24 godz. po zastrzyku lipj. podpotyl.



Fig. XXVIII. Przyp. gruźl. kręgów. 24 godz. po zastrzyku lipj. podpotyl.



Fig. XXIX. Przypadek gruźlicy kręgów. 30 min. po zastrzyku lipj. podpotyl.



Fig. XXX. Przyp. gruźlicy kręg. 24 godz. po zastrzyku lipj. podpotyl.

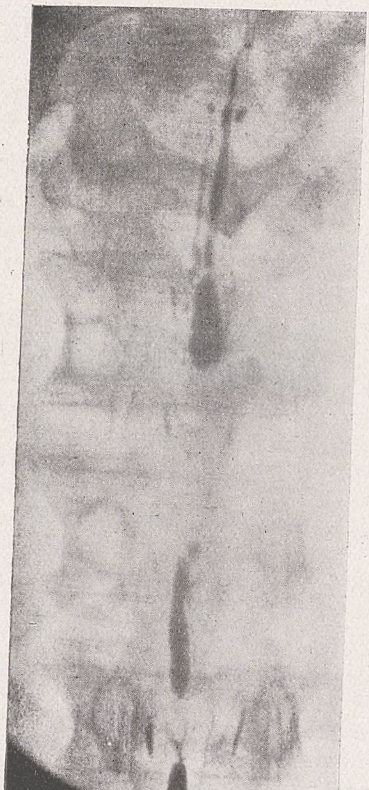


Fig. XXXI. Przyp. zrostów oponowych pourazowych. 24 godz. po zastrzyku podpotyl. lipj.

Towarzystwa Lekarskie.

KRAKOWSKIE TOWARZYSTWO NEUROLOGICZNE.

POSIEDZENIE Z DNIA 11. III. 1925 r.

Obecnych 25 osób.

Ślączka referuje przypadek sclerosis tuberosa u mężczyzny l 20, nieobarczonego dziedzicznie, u którego w ciągu roku rozwinął się zespół objawów guza kąta mostowo - móżdżkowego. Chory inteligencji miernej nie miał nigdy ataków epileptycznych. Po miesiącu pobytu w klinice nastąpiło nagłe zejście wśród objawów ucisku rdzenia przedłużonego.

Sekcja wykazała: na powierzchni mózgu typowe objawy wzmożonego ciśnienia śródczaszkowego, miernego stopnia hydrocephalus internus, znaczne powiększenie prawej półkuli móżdżkowej, która wciskała się daleko ku przodowi, silnie uciskając most. Badanie histologiczne guzowato zmienionej części móżdżku dokonane przez prof. Ciechanowskiego stwierdziło, że mamy do czynienia z niezwykle dużem ogniskiem sclerosis tuberosa. Elementy nerwowe i glejowe ogniska bujając nowotworowo — dały histologiczny obraz ganglioglioneuroma.

Prelegent demonstruje preparat makroskopowy mózgu oraz preparaty mikroskopowe barwione metodą Weigerta — Giesona i tolluidyną. Następnie omawia etiologję, obraz anatomopatologiczny i przebieg kliniczny sclerosis tuberosa. Podnosi niektóre niezwykłe cechy demonstrowanego przypadku, podkreśla podobieństwo klinicznego obrazu do przypadku opisanego przez Orzechowskiego i Nowickiego, porównywa obraz histologiczny z przypadkiem podanym ostatnio przez Bielschowsky'ego, gdzie główne ognisko było również zlokalizowane w móżdżku. Nakoniec podnosi brak danych dotyczących się ewentualnych zmian innych organów, co pochodzi stąd, że ze względu na rodzinę zmarłego musiano ograniczyć sekcję do wyjęcia samego mózgu.

Sikorska w swoim odczycie p. t. „Chorea i stany pokrewne" zaznacza, że studja nad encephalitis lethargica zmusiły neurologów do rewizji dotychczasowych pojęć w wielu dziedzinach i także w dziedzinie pląsawicy, szczególnie w sprawie ruchów choreatycznych i anatomo-fizjologicznego ich podkładu.

Pedantyczny badacz pląsawicy André Thomas rozróżnił w chaosie ruchów pląsawicy 2 rodzaje:

1. Ruchy o dużej rozległości mimowolne acz do pewnego stopnia podlegające wpływom woli, potęgujące się przy emocjach i wysiłkach.

2. Ruchy w postaci krótkich skurczów toniczno-klonicznych, niezależnych w przeciwieństwie do pierwszych od woli i afektu.

Podział ten jest bardzo podobny do podziału ruchów zdarzających się przy encephalitis lethargica dokonany przez Dr Stefana Pieńkowskiego, który dzieli je na ruchy brachykinetyczne — krótkie i megakinetyczne — długie rozległe. Prelegentka pokazuje jeden przypadek pląsawicy ostrej połowicznej u dziewczynki 11-letniej, u której przeważają ruchy brachykinetyczne i przypadek pląsawicy chronicznej trwającej 4 lata u 49-letniej kobiety, u której spostrzega się ruchy brachy - i megakinetyczne.

Podkreśla podobieństwa i różnice ruchów brachykinetycznych w pląsawicy i 1. w przypadku tiku u neuropaty, 2, myoclonii brzucha, pochwy i odbytnicy rytmicznej i synchronicznej u kobiety cierpiącej na encephalitis lethargica, 3. rytmicznego drżenia w przebiegu paralysis agitans, 4. takiegoż drżenia przy objawach parkinsonizmu w przebiegu paraliżu postępującego, 5. ruchów brachykinetycznych i megakinetycznych w przebiegu encephalitis lethargica.

Podkreśla istnienie ruchów megakinetycznych o charakterze atetoidalno - choreatycznym 1) w przypadku zespołu thalamicznego Dejerine'a i Roussy u 36-letniego mężczyzny; 2) atetozy idiopatycznej, która rozwinęła się powoli w 18 r. życia u 28-letniej obecnie dziewczyny, 3) w 2 przypadkach encephalopatji u 6-letniego chłopca i 37 letniego mężczyzny.

Podnosi, że pląsawica pod względem ruchów ma wiele wspólnego z innemi schorzeniami i czasami trudną jest do odgraniczenia.

Jeszcze więcej trudności przedstawia pod względem anatomicznym, gdyż według ostatniej monografji Babonneix „Les chorées" zmiany w mózgach choreatyków są umiejscowione czasem tylko w korze, czasem tylko w jądrach podkorowych, czasem w okolicy pedunculi cerebr.

Te różnorodne lokalizacje dają podobne objawy.

Być może, że mamy tu do czynienia z przerwaniem połączeń jądra czerwonego, które ma mieć tak wielkie znaczenie w powstawaniu ruchów postawnych, i w którym łączą się podniety z kory, jąder podkorowych i móżdżku.

Medyński wygłasza odczyt o „Eunuchoidyzmie" (praca przeznaczona do druku).

Na tem posiedzenie zamknięto.

POSIEDZENIE Z DNIA 5.XI.1925 r.

Obecnych 19 osób.

Ślączka demonstruje: 1) preparat mózgu przypadku z tuberculoma cerebelli z następową meningitis tbc. 2) preparat mózgu przypadku, w którym rozpoznawano za życia guz tylnej jamy czaszkowej, względnie hydrocephalus. Sekcja wykazała endothelioma, zajmujący całą centralną część móżdżku, oraz następowy hydrocephalus internus.

Medyński wygłasza odczyt o zaburzeniach wielogruczołowych.

Prelegent na wstępie omawia sprawę przeniesienia się punktów ciężkości w medycynie nowoczesnej z narządu na chory organizm, łącząc te badania między innemi z endokrynologją; porusza zjawisko korrelacji oraz związek wydzielania wewnętrznego z przejawami psychicznemi.

Prelegent podkreśla trudność analizy obrazów chorobowych na tle zaburzeń endokrynologicznych wywołaną tem, że stosunkowo dość rzadko istnieją choroby jednogruczołowe, najczęściej schorzeniu ulega wiele gruczołów, Schorzenia wielogruczołowe mogą dawać obrazy wzmożonej czynności gruczołów, osłabionej lub zmieniomej jako-

ściowo. Przypadki schorzeń wielogruczołowych są w piśmiennictwie opisywane już od roku 1896 (Rumpel), później obserwował je Coffin, Dalche, Brissaud, Bauer i in Dokładnie opisali obrazy schorzeń wielogruczołowych Claud i Gougerot p. n. „insuffisance pluriglandulaire." Falta mówi o sklerozie wielogruczołowej.

Zespół objawów występujący w tem schorzeniu francuzi nazwali „Syndrome thyreo-testiculo-surrenal".

Dalej prelegent przechodzi do szczegółowego opisu typowych obrazów chorobowych, cechujących się wiotką i suchą skórą barwy żółtawo-woskowej, nieznacznem otłuszczeniem, małemi organami płciowemi i słabym popędem płciowym; omawia patogenezę schorzeń wielogruczołowych oraz opisuje dwa przypadki tego schorzenia, obserwowane przez siebie.

Szczególną uwagę zwraca prelegent na psychiczną stronę w zaburzeniach wielogruczołowych, jak obojętność i tępotę o cechach depresyjnych, dochodzącą niekiedy aż do stuporu. Kol. Medyński odróżnia zaburzenia wielogruczołowe u dzieci od zaburzeń u dorosłych. Dzieci robią wrażenie karłów o cechach dystr. adip genit. Dobre wyniki lecznicze otrzymywano po stosowaniu preparatów organicznych (injekcje extr. przedniej części hipofizy, nadnerczy i jajników).

Dalej prelegent omawia dwa schorzenia o podłożu wielogruczołowem, mianowicie osteomalację i sklerodermię, przypuszczając, że u podstawy osteomalacji leży niedostateczna czynność przytarczycy, grasicy i przysadki, gdy w sklerodermii raczej można byłoby myśleć o wzmożonej czynności wielogruczołowej, gdyż jest to angio-trofoneuroza przy żywym udziale n. sympatycznego.

W końcu wykładu prelegent omawia leczenie schorzeń wielogruczołowych preparatami organicznemi, jak wyciągiem przedniej części przysadki, nadnerczy, tarczycy, jajników i jąder, porusza rolę naświetlań rentgenowskich u tych schorzeń oraz próby usunięcia splotów sympatycznych tętniczych (operacja Leriche'a). Prelegent podkreśla, że jesteśmy zaledwie w zaraniu rozwoju endokrynologji, lecz że mnożą się objawy, świadczące o związku zaburzeń wewnątrzwydzielniczych z przejawami psychofizycznemi, i że w pierwszym rzędzie dziedzinę endokrynologji winien pogłębić neurolog i psychjatra Po odczycie prelegent wypowiada myśl, że niezbędnem jest zainteresowanie się endokrynologją neurologów i internistów i proponuje utworzenie wspólnej sekcji poświęconej endokrynologicznym badaniom.

S i k o r s k a mówi o „Zaburzeniach równowagi rozpyłkowej wogóle i w chorobach psychicznych" (praca przeznaczona do druku).

P i l t z przedstawia przypadek po urazie czaszki. Chory na weselu został uderzony w głowę. Odrazu wystąpiły zaburzenia mowy i niedowład prawej połowy ciała. Powoli objawy chorobowe zaczęły narastać. Pacjent przestał mówić i rozumieć i całkowicie stracił władzę w prawych kończynach. Ponadto w 6-tym dniu po wypadku wystąpiły ataki drgawek obejmujące początkowo tylko prawą okolicę ciała, a później generalizujące się na całe ciało.

Badanie neurologiczne stwierdziło:

1) bolesność lewej połowy czaszki, szczególniej skroni i ciemienia,

2) zielonkawe podbarwienie skóry w tej okolicy,

3) wiotkie porażenie prawych kończyn, bez wzmożenia odruchów ścięgnistych, ze zniesieniem odruchów skórnych i z lekko zaznaczonym odruchem Babińskiego,

4) sensorium zajęte w postaci senności i apatji,

5) afazję motoryczną i sensoryczną.

Badanie rentgenologiczne wykonane przez Dra. Wachtla wykazało pęknięcie czaszki z wtłoczeniem odłamków w głąb czaszki po lewej stronie.

Rozpoznano haematoma i przesłano chorego do kliniki chirurgicznej.

Operacja stwierdziła ogromnych rozmiarów krwiak supraduralny, który usunięto.

Chory zaczął się bardzo szybko poprawiać, a w dniu demonstracji to jest w miesiąc po wypadku zdradza już tylko ślady hemiplegji i ślady afazji w postaci lekkiej parafazji i perseweracji.

Na tem posiedzenie zamknięto.

POSIEDZENIE Z DNIA 17.XII.1925 r.

Obecnych 17 osób.

B r z e z i c k i przedstawia 63-letniego mężczyznę z objawami pozapiramidowemi w postaci hypertonji i drżenia jak przy paralysis agitans. Podług anamnezy chory przebył lues 30 lat temu, a 3 lata temu wystąpiły objawy ogólnej postępującej sztywności, które doprowadziły chorego do zupełnej akinezy i afonji, przypominających chorobę Wilsona. Reakcja Wassermana z płynu mózgowo-rdzeniowego była silnie dodatnia. Nonne Apelt dodatni, pleocytoza — 26 dużych ciałek białych w 1 mm^3

Po przeprowadzeniu leczenia antiluetycznego, chory tak się poprawił, że obecnie chodzi, rusza się, mówi i połyka wcale nieźle, chociaż jeszcze w znacznej części zachował ruchy i postawę przypominającą morb. Parkinsoni.

Po przytoczeniu różniczkowej djagnozy, między epidemiczną śpiączką, paral, progres, état lacunaire i paral, agitans Brzezicki skłania się raczej ku djagnozie lues cerebri z objawami extra-piramidowemi w postaci paralysis agitans czyli jednostce chorobowej wyodrębnionej ostatnio przez Lhermitte'a: striatite primitive syphilitique.

M e d y ń s k i poprzedza swoją demonstrację przypadku wczesnego dojrzewania płciowego kilkoma uwagami endokrynologicznemi dotyczącemi wzajemnego wpływu i związku gruczołów płciowych z innemi gruczołami dokrewnemi. Prelegent po porządku omawia znaczenie i rolę poszczególnych gruczołów, jak tarczycy, przysadki, szyszynki, nadnerczy, sterczu i gruczołów płciowych w kształtowaniu się i przejawach życia płciowego. Szczególną uwagę zwraca na szyszynkę, której zniszczenie (hypo lub apinealismus) powoduje pubertas praecox, przyspieszony fizyczny i psychiczny rozwój z wczesnym nieprawidłowym rozwojem organów płciowych, cech wtórnych płciowych oraz nieprawidłowym wzrostem.

Pubertas praecox może powstać w trojaki sposób: 1) przez wzmożoną sekrecję wewnętrzną grucz. płciowych, 2) wtórnie — przez wpływ szyszynki na gruczoły płciowe (usunięcie czynnika hamującego) wreszcie, 3) istnieje pewien związek między guzem nadnerczy a wczesnem dojrzewaniem. Podstawy zaburzeń płciowych są naogół bardzo skomplikowane z racji swojego związku z wieloma gruczołami dokrewnemi. Nadnercza, przysadka a może i tarczyca działają podniecająco na aparat płciowy męski, szyszynka i grasica zaś hamująco. Dalej prelegent omawia szczegółowo na tle demonstrowanego przypadku obraz kliniczny pubertatis praecocis, powołując się na analogiczne przypadki Kischa, Ziehna i in. Walter z Rostoku wątpi wogóle w działalność wydzielniczą szyszynki, sądząc, że cały zespół objawów podobnie jak w dystrophia adiposo-genit, nie jest wywołany schorzeniem szyszynki, lecz przez działanie guza na ośrodki troficzne w okolicy hypothalamus.

W różniczkowaniu pamiętać należy, że pubertas praecox często towarzyszy adenomie nadnerczy (Linser) bez udziału przysadki i szyszynki; brak wówczas naturalnie

objawów mózgowych. Hipofizarne otłuszczenie różni się od pinealnego hypogenitalizmem. Co do leczenia najlepsze wyniki osiągnięto na drodze operacyjnej. Souchi w przypadku $9\frac{1}{2}$-letniego chłopca po usunięciu guza jąder stwierdził cofnięcie się objawów wczesnego dojrzewania; u dziewczynki 6-letniej (sarc. ovarii) cofnęły się objawy po operacji. Próbowano też ze zmiennym wynikiem naświetlań rentgenowskich oraz preparatów organicznych. Demonstrowany przypadek jest w leczeniu, po dłuższej obserwacji będzie opublikowany. W dyskusji przemawiali Piltz, Zieliński, Stryjeński, Issajewicz, Meisner.

Wyłoniła się propozycja zapraszania na posiedzenia poświęcone zagadnieniom wydzielania wewnętrznego internistów, którą to propozycję uznano za słuszną.

Sikorska demonstruje przypadek psychozy, która wystąpiła u 40-letniej pacjentki po połogu. Poród był ciężki ze znaczną utratą krwi. Wystąpiła gorączka, a na 10-ty dzień po porodzie — majaczenie i naprzemiennie pewne zahamowanie i podniecenie. Było to przed 2 miesiącami. W dniu demonstracji pacjentka przedstawia stan daleko posuniętej poprawy.

Prelegentka w krótkim rysie podaje dotychczasowe zapatrywania na sprawę psychoz toksycznych występujących najczęściej w formie tak zwanej amencyi Wspomina zapatrywania na tę sprawę Kraepelina, Bleulera, przedstawicieli szkoły wiedeńskiej, włoskiej i francuskiej.

Podnosi całą trudność rozpoznawania tych zespołów, które mają dużo podobieństwa do stanów schizophrenicznych i maniakalno-depresyjnych z jednej strony, z drugiej strony zjawiać się mogą właśnie w przebiegu schizofrenji i psychozy cyrkularnej.

Zwraca uwagę, że anamneza, tycząca się przedstawianej chorej, o ile jest dokładną, nie wskazuje na istnienie rysów schizoidalnych u chorej, że choroba wystąpiła po znacznej utracie krwi i gorączce, że charakterystycznemi cechami stanu psychicznego pacjentki w czasie choroby były: 1) bezradność, 2) zaburzenia uwagi i prawdopodobnie związane z niemi zaburzenia pamięci i iluzje, brak negatywizmu i łatwość nawiązania kontaktu t. j. prawie wszystkie cechy wyodrębnione w stanach amentywnych przez Hartmana i Schildera. Przypuszcza, że stany pewnego zahamowania, które dominowały w psychomotorycznym obrazie psychozy, możnaby odnieść do wielkiego fizycznego wyczerpania pacjentki. Uważa przedstawiony przypadek jako przypadek raczej psychozy toksycznej o cechach amentywnych.

W dyskusji zabierali głos Piltz, Stryjeński, Issajewicz, Medyński, Jeleńska. Podnosili, że pacjentka ma jednak pewne rysy schizoidalne w skoncentrowaniu urojeń chorobliwych dookoła swego „ja" w zachowaniu pełnym rezerwy co do lekarzy, jakby się z nimi nie zgadzała, w dziwacznych uwagach, że dla niej teraz wszystko jest obojętne, w braku wglądu krytycznego w swoją chorobę.

Sikorska w odpowiedzi zaznacza, że rozstrzygnięcie jest b. trudne, ale że, o ile nawet przyjmiemy pewne cechy schizoidalne, to mogą być one odbiciem tylko konstytucji pacjentki, nie przeszkadzając w danym razie przyjęciu rozpoznania psychozy toksycznej powstałej pod wpływem utraty krwi i infekcji połogowej i mającej dobrą prognozę.

Na tem posiedzenie zamknięto.

POSIEDZENIE Z DNIA 28.I.1926. r.

Obecne 22 osoby.

Sochacki przedstawia 2 chorych. Jednego, z meralgia-paresthetica po urazie i drugiego z nerwicą naczynio-ruchową, u którego rzuca się w oczy silny i dłu-

gotrwały obrzęk skóry, po delikatnym nawet jej podrażnieniu. obrzęk na kolanach po klęczeniu. Zestawiając nietypowe i krótkotrwałe schorzenia u niego ze strony płuc i przewodu pokarmowego z obecnemi objawami. prelegent przychodzi do wniosku, że przypadek ten stoi w bliskim pokrewieństwie z chorobą Quinckego.

W dyskusji Blassberg podnosi, że meralgia-paresthetica, spotyka się często przy skazie moczanowej, a Medyński cytuje objaw taki spostrzegany przez niego przy cukrzycy. Co do drugiego przypadku z nerwicą naczynio-ruchową Blassberg uważa, że przypadku nie należy łączyć z chorobą Quinckego. Przy tej ostatniej występuje obrzęk, w danym przypadku mamy tylko do czynienia ze zjawiskami naczynio-ruchowemi

Stryjeński uważa, że trzeba w przypadku demonstrowanym zbadać dokładnie system wegetatywny, że dermografizm taki ma dużo wspólnego z pokrzywką, która jest wynikiem uczulenia systemu roślinnego na pewne bodźce. Prof. Piltz podaje przypadek lokalnych obrzęków powstających u jednej z pacjentek pod wpływem nizkiej temperatury. Rost wspomina pracę Dresera uważającego dermografizm za lokalne podrażnienie kapillarów bez udziału systemu wegetatywnego. Zieliński, Stryjeński, Piltz Stanisław, Sikorska bronią wpływu systemu roślinnego na dermografizm i przypuszczają możliwość pokrewieństwa dermografizmu typu demonstrowanego z chorobą Quinckego.

W odpowiedzi Sochacki zaznacza, że nie uważa demonstrowanego przypadku za typowy choroby Quinckego, takie jednak ujęcie stanu chorobliwego pacjenta uważa za możliwe.

Chłopicki demonstruje przypadek guza mózgu u dziewczyny 14-letniej. W lutym 1924 r. osłabienie wzroku, później bóle głowy, wymioty i ataki epileptoidalne o rozmaitym przebiegu. W grudniu 1924 r. przyięta na Klinikę z porażeniem spastycznem 4 kończyn, po stronie prawej porażenie było większe z Babińskim obustronnie dodatnim, zniesieniem odruchów brzusznych po stronie prawej, chodem niepewnym z zataczaniem się, amaurozą, oczopląsem przy patrzeniu w prawo. Psychicznie -- stupor, odpowiedzi krótkie stereotypowe. W czasie rocznego pobytu w Klinice stale utrzymywało się porażenie spastyczne kończyn, zaburzenia równowagi występowały zmiennie, raz nasilały się do zupełnego zniesienia zdolności utrzymania się w pozycji siedzącej, to znowu chora przez pewien okres czasu chodziła; również zmiennie przedstawia się oczopląs i stan psychiczny — stupor, to znów lekka euforia.

Ostatnio do opisanego obrazu klinicznego przyłączyły się anizokoria, prawa źrenica większa niż lewa, oraz rozpoczynające się przykurczenie we fleksji przeważnie dolnych kończyn z tendencją do skrzyżowania. Kilkakrotnie za czas obserwacji występowały drgawki epileptoidalne bez określonego typu z następowemi stanami zapadu. Encephalografia wykazała zniesienie światła prawej bocznej i trzeciej komory oraz przesunięcie lewej bocznej komory na zewnątrz i ku górze.

Na podstawie wyników encephalografji i obrazu klinicznego, przypuszcza się guz, zajmujący prawie całą prawą półkulę, wywierający ucisk na piramidy, znoszący, względnie utrudniający komunikację pomiędzy kanałem rdzeniowym a komorami, znoszący światło prawej bocznej i trzeciej komory oraz przesuwający lewą boczną komorę ku górze i na zewnątrz.

Neugebauer opisuje sposób przeprowadzenia odmy czaszkowej u tej chorej: 12. I. 1926. r. przystąpiono do wykonania zabiegu drogą nakłócia lędźwiowego. Po wypuszczeniu 19 cm^3 płynu, musiano zabieg przerwać z powodu nie wypływania płynu. 15. I. przystąpiono do nakłócia dokomorowego (komory lewej) ciśnienie początkowe 32 mm Hg, ciśnienie końcowe $34\frac{1}{2}$ mm Hg, wypuszczono 60 cm^3 płynu, wpuszczono 115 cm^3 powietrza.

Röntgenogram wykazał: opuszka czaszki niejednostajnej grubości, szwy kostne rozszerzone, komora boczna lewa powiększona, przesunieta ku zewnątrz i ku górze. Brak cienia komory prawej bocznej i trzeciej.

18 I. 1926 r nakłóto komorę boczną prawą, skąd wydobyto zaledwie 13 cm płynu ksantochromicznego, szybko krzepnącego. Ciśnienie dochodziło do 19 mm Hg

Wachtel objaśnia dokładnie röntgenogram.

W dyskusji Zieliński proponuje zastosowanie u pacjentki terapji promieniami Röntgena. Wachtel w odpowiedzi omawia przypadek guza mózgu naświetlanego przez niego u pacjentki, która dotąd nieźle się miewa. Uważa jednak przypadek demonstrowany za bardzo ciężki.

Brzezicki przedstawia 3 przypadki hyperkinez polikinetycznych. 2 pierwsze przypadki to hiperkinezy proste, należące do grupy tremoru trepidans, ostatni to atetoidalne ruchy mięśni oralnych u encephalityka. Pierwszy chory przedstawia obraz hemitremor trepidans dexter trwający od 8 go r. życia aż dotychczas t. j do 23-go r. życia. Ponieważ w etjologji mamy alkoholizm ojca i ciężki 2-dniowy poród, w życiu zaś pozapłodowym pacjenta nie spotykamy się z żadną cięższą chorobą, na której tle mogłoby powstać to chybotanie, skłania się Brzezicki do djagnozy encephalopatji dziecinnej, która w tej formie jest rzeczą niezwykle rzadką.

2 przypadek to 33-letnia kobieta, u której po porodzie wystąpiła hemiplegia lewostronna. Hemiplegia ustąpiła po leczeniu w zupełności. 3 lata później po tyfusie brzusznym wystąpiło chybotanie lewej dawniej porażonej kończyny górnej pod formą monotremor trepidans ręki lewej. Brzezicki szuka przyczyny tych chybotań, które istnieją w spokoju, a zmniejszają się w ruchu, w uszkodzeniu systemu extrapiramidowego głównego i omawia wszystkie teorje drżenia striarnego, móżdżkowego i inn., omawia także działanie unerwienia piramidowego i pozapiramidowego na mięsień prążkowany

Ostatni przypadek — to ciekawe ruchy pseudoblepharospasmus oraz co najciekawsze mimowolne ruchy otwierania ust i wyciągania języka, które chory sam potrafi zahamować, wsadzając zapałkę między zęby. Ruchy te opisane są pod nazwą „mouvemant de trombone"; utrudnienie mowy z powodu skurczu przepony, nazwane myotonia diaphragmatica, jest dość rzadką kombinacją. Na zakończenie omawia Brzezicki możliwość zajęcia w tym wypadkach oralnej części neostriatum, co właśnie wywołuje te hyperkinezy. Jednogłośnie przyjęto na członka Towarzystwa neurologicznego Kol. Stępowską.

Na tem posiedzenie zamknięto.

POSIEDZENIE Z DNIA 11.II.1926 r.

Obecnych 25 osób.

Chudyk mówi o leczeniu chorób nerwowych promieniami Rentgena. Na wstępie przedstawia sposób działania promieni Rentgena na chorą tkankę. Promienie te jako krótkofaliste mogą wnikać wgłąb organizmu. Dzięki nowoczesnej aparaturze można skierować w miejsce chore nawet bardzo duże dawki jakie potrzebne są przy leczeniu nowotworów bez zbytniego obciążania skóry. Aparaty te posiadają t. zw. Tiefendosis bardzo znaczną, bo wynoszącą 20, 26% a nawet i więcej dawki powierzchownej, tak, że naświetlając dany narząd z kilku pól możemy doprowadzić wgłąb nawet więcej jak 100% dawki rumieniowej skórnej (HED) podczas, gdy na skórze na każde pole zastosowujemy tylko ułamek tej dawki. Tkanka nerwowa jest mało wrażliwa na działanie promieni Rentgena Na tem właśnie polega ich działanie wyborcze, gdyż

niszczą one tkankę nowotworową albo bujania łącznotkankowe i t. p., a samych komórek nerwowych nawet przy bardzo dużych dawkach nie uszkadzają. Wogóle im komórka bardziej zróżniczkowana tem mniej jest wrażliwą na promienie Rentgena, a im młodsza i mniej zróżnicowana (n. p. komórki nowotworowe) tem wrażliwsza.

W części szczegółowej omawia Chudyk działanie promieni Rentgena w poszczególnych chorobach:

Morbus Basedowii: objawy psychiczno-nerwowe i czynnościowe jak bicie serca, poty, biegunki, znikają już po pierwszych naświetlaniach. Struma i exophtalmus zmniejszają się dopiero po długotrwałym leczeniu. Promienie Rentgena zahamowują nadmierną czynność tarczycy, później dopiero niszczą zdolność rozrodczą komórek, dzięki czemu cały narząd się zmniejsza. Guzy przysadki mózgowej: naświetlania Rentgenem powodują ich zmniejszenie się, a wskutek tego ustąpienie objawów uciskowych, również objawy spowodowane wzmożoną czynnością przysadki stopniowo ustępują. Asthma bronchiale bez tła organicznego: naświetlanie płuc jak i śledziony (Groedel) działa dobrze.

Epilepsja: naświetlano cały mózg, wyniki niepewne

Nowotwory mózgu i rdzenia: powinny być dokładnie zlokalizowane; w dane miejsce aplikuje się odpowiednią dawkę z kilku pól. Wyniki nieraz zadziwiająco dobre.

Syringomyelia: wyniki bardzo dobre szczególnie w okresach początkowych. Już po kilku naświetlaniach można zauważyć poprawę zaburzeń czuciowych. Naświetla się cały rdzeń.

Sclerosis multiplex: naświetla się również cały rdzeń, ewentualnie i głowę, czasem poprawa objawów chorobowych.

Tabes dorsalis: bez wpływu na chorobę, natomiast ulga w bólach.

Neuralgia trigemini, occipit, intercostal, ischias: wyniki doskonałe, nieraz i tam, gdzie wszystkie inne metody lecznicze, nawet chirurgiczne zawodzą.

Pruritus, tak symptomatyczny jak i idiopatyczny ustępuje nieraz już po jednym naświetlaniu.

Porażenie obwodowe tak chirurgiczne jak i postneurytyczne, leczy się w ostatnich czasach z bardzo dobrym wynikiem, nawet w przypadkach z reakcją zwyrodnienia.

Poliomyelitis ant. acuta et chronic: naświetla się odpowiednie miejsce rdzenia, Działanie dodatnie tłumaczy się resorbcją wysięku, zniszczeniem nacieku zapalnego. bujania naczyniowego i młodej tkanki łącznej, podczas gdy komórki nerwowe nie zostają zaatakowane.

W roku ubiegłym na oddz. rentgenologicznym Związku Kas Chorych w Krakowie leczono 30 przypadków syringomyelii z wynikiem dobrym. Przypadki te pozostawały w obserwacji neurologicznej Jeleńskiej i Medyńskiego. Również leczenie porażeń obwodowych w kilku przypadkach doprowadziło do wyleczenia.

Bardzo dobre wyniki uzyskano przy leczeniu morbus Basedowii jak też znaczną nieraz poprawę przy leczeniu nowotworów mózgu.

W dyskusji Doc. Artwiński podnosi ujemne strony stosowania Rentgena w neurologji, występujące czy to w postaci zrostów, które utrudniają potem operację, czy też w postaci krwawień, sprowadzających czasami zejście śmiertelne. Podkreśla strony dodatnie: zmniejszenie tarczy zastoinowej przy guzach mózgu i innych objawów w 50% wypadków obserwowanych przez Artwińskiego i Wielskiego Wpływ dodatni przy leczeniu guzów przysadki mózgowej, gdzie wedle Artwińskiego Rentgen powinien poprzedzać operację. Potwierdza dodatni wpływ naświetlań Rentgena przy syringomyelii i schorzeniach nerwów obwodowych. Medyński podkreśla dodatni wpływ Rentgena na samopoczucie chorych.

M. Kosiński wygłasza odczyt p. t. „Ortopedja w neurologji". W paru słowach szkicuje momenty, w których występuje indicatio orthopaedica w leczeniu porażeń wiotkich Podnosi, że współpraca tych 2 specjalności jest nieunikniona i nawzajem się uzupełnia a zarazem wyjaśnia czego niejednokrotnie żąda ortopeda chirurg od neurologa wskazując na momenty, w których tenże powinien dążyć do współpracy z ortopedą. Jako przykład przedstawia leczenie w przypadkach poliomyelitis ant. w jej trzech stadjach: stosowanie łóżka gipsowego w stadjum pierwszym przy bólach kręgosłupa, polecane przez Machola, Mayera ustawienie kończyn dolnych w pozycji, w której działanie mięśni równa się O, co zapobiega ewentualnemu z jednej strony wydłużeniu ścięgien porażonych i przykurczeniu zdrowych antagonistów, czyli zapobiega a priori powstaniu zniekształceń porażennych. Omawia w dalszym ciągu środki lecznicze w stadjum drugiem, zmierzającym do wessania produktów zapalnych w samym rdzeniu, oraz środki lecznicze, zdążające do pielęgnowania porażonych a zarazem i pozostałych mięśni jak prąd elektryczny, mięsienie, gimnastyka lecznicza czynna i bierna, maszynowa i t. d. mająca przygotować pozostałe mięśnie do objęcia funkcji zastępczej, gdy w naszym planie leczniczym wysuniemy jako zadanie główne sprowadzenie równowagi mięśniowej pomiędzy pojedynczemi grupami mięśniowemi. W dalszym ciągu zwraca uwagę, że w okresie tym najwięcej bywa popełnianych błędów, przeoczeń albowiem najmniej się myśli o indicatio ortopeadica, mającej na celu uchronienie chorego od ewentualnych skutków porażenia i zniekształceń. Opisuje skład aparatu ortopedycznego: część fiksacyjną i leczniczą; znaczenie aparatu ortopedycznego, służącego do częściowego lub zupełnego czasowego lub stałego ustalenia stawów wiotkich lub też uregulowania ruchomości stawów, ograniczenia jej tak co do kierunku jak i wychylenia a wreszcie na zastąpienie przy pomocy aparatu wypadłych grup mięśniowych przez siły elastyczne, odpowiednio zaczepione na aparacie.

Leczenie aparatem ortopedycznym, które jest kosztownem, musi byc ograniczone, a do tego celu służy nam chirurgia porażeń, zdążająca do usunięcia i zniesienia przykurczeń i zniekształceń porażennych: redressement, tenotomja ścięgien, plastyczne ich przedłużenie, arthrodesis. Tutaj wspomina o własnej metodzie usztywnienia stawu skokowego przez wszczepienie wolnego żebra pozastawowo t. z. arthrodesis extraarticularis. W końcu omawia pokrótce metody, zmierzające do zaprowadzenia równowagi mięśniowej pomiędzy pojedynczemi grupami mięśniowemi, metody - przeszczepienia ścięgien (m. Vulpius, Lange, Biesalski).

Zaremba wygłasza odczyt o gimnastyce leczniczej w neurologji. Według prelegenta gimnastyka lecznicza w chorobach nerwowych ma zastosowanie wielostronne, a użyta odpowiednio w pewnych chorobach może być doskonałym środkiem pomocniczym i dać dobre wyniki. Na pierwszym miejscu należy postawić gimnastykę przy leczeniu ataksji w tabes dorsalis i ataksji Friedreicha.

Polega ona na zastąpieniu ruchów atakdycznych ruchami prawidłowemi przez wyrobienie takowych pod kontrolą wzroku i resztek czucia mięśniowego. Ćwiczenia odbywają się z początku w pozycji leżącej potem siedzącej, stojącej, wreszcie przechodzi się do ćwiczeń w chodzeniu, obrotach, wchodzeniu, w schodzeniu po schodach i t. d., Prowadzona umiarkowanie, systematycznie i dostatecznie długo, gimnastyka ta daje ostatecznie poprawę ataksji, w stadjach zaś początkowych zupełnie ją usuwa.

Gimnastykę taką prowadzi się przeważnie w specjalnych zakładach dla gimnastyki leczniczej w Krakowie przy zakładzie Zanderowskim w Związku Kas Chorych. Nie mniejsze znaczenie ma gimnastyka lecznicza przy leczeniu porażeń spastycznych, i obwodowych; po uszkodzeniu traumatycznem pni nerwowych o ile w drugim przypadku

gimnastykę taką można prowadzić przy każdym zakładzie Żanderowskim (oczywiście po uprzednim zeszyciu uszkodzonego nerwu, to w pierwszym przypadku da się ona zastosować tylko w specjalnych zakładach dla tego rodzaju kalek).

Do jakich wyników może doprowadzić gimnastyka lecznicza przy tych sprawach spastycznych: chorobie Little'a, hemiplegia spastica dają liczne przykłady doskonale postawione zakłady niemieckie (prof. Biesalskiego pod Berlinem. prof. Langego w Monachium) w Polsce niema dotąd zakładu dla leczenia spastyków.

Gimnastyka lecznicza ma dalej zastosowanie jako czynnik hamujący przy ruchach bezwiednych (pląsawica, athetosis tic), wreszcie jako czynnik ożywczy i psychoterapeutyczny przy neurastenji, stanach neuropatycznych i histerii.

M e d y ń s k i omawia rolę diatermii w neurologji. Po wstępnych uwagach o różnych rodzajach prądu elektrycznego oraz roli elektryczności w lecznictwie przechodzi prelegent do charakteryzacji prądów szybkozmiennych o wysokim napięciu, które są podstawą prądów diatermicznych. Wspomina prelegent o zasługach d'Arsonvala, Zeyneka, Nagelschmidta i inn., którym zawdzięczamy udoskonalenie aparatu diatermicznego. Dzięki oporowi tkanek prąd szybkozmienny o wysokiem napięciu wytwarza ciepło Joule'a, które ma działanie lecznicze. Po krótkich uwagach fizjologicznych o działaniu ciepła prelegent wyznacza mu 4-ry kierunki mianowicie: na nerwy czuciowe i ruchowe, na mięśnie oraz działanie bakterjobójcze. Działanie diatermii w nerwobólach nie ulega żadnej kwestji, a w rwie kulszowej nie waha się prelegent nazwać diatermii środkiem prawie że specyficznym, opierając swe zdanie na 300 przypadkach rwy kulszowej leczonej diatermią.

Korzystny wpływ diatermii widział prelegent w porażeniach obwodowych oraz w zaburzeniach naczynio-ruchowych, w szczególności zaś w akroparestezjach oraz w cierpieniu Raynaud'a. Mniej wybitne wyniki stwierdził prelegent w stwardnieniu rozsianem (zmniejszenie się stanów skurczowych) prawie żadnego efektu w parkinsonizmach pośpiączkowych.

M e d y ń s k i wspomina o nowych publikacjach dotyczących zastosowania diatermji w świeżych poliomyelitach (Picard), osobistego jednak doświadczenia w tym kierunku niema. Dalej omawia prelegent w ogólnych zarysach technikę wykonania zabiegów, podnosi ich prostotę i łatwość oraz zupełne bezpieczeństwo zabiegu, jakkolwiek natężenie prądu dochodzi do 3 i więcej amperów. Uszkodzenie tkanek może nastąpić łatwo wówczas, gdy istnieje silne znieczulenie, gdyż wówczas można wywołać oparzenie.

Prelegent kończy swój wykład życzeniem aby diatermia stała się pospolitym środkiem leczniczym, szczególnie, że w neurologji może mieć bardzo duży zakres działania zarówno w sprawach organicznych jak czynnościowych.

P r o f. P i l t z dziękuje prelegentom - lekarzom Okr. Związku Kas Chorych w Krakowie za interesujące odczyty, które dały możność wielostronniejszego rozpatrzenia sprawy leczenia w neurologji. Na tem posiedzenie zamknięto.

WARSZAWSKIE TOWARZYSTWO NEUROLOGICZNE.

POSIEDZENIE Z DNIA 20. III. 1926 r. (55-te)

1. K a r b o w s k i. — *Przyp. postępującego zaniku czynności VIII pary nerwów czaszkowych ze zmianami w układzie nerwowym, stwierdzonymi rentgenologicznie.*

Przyp. dotyczy 17 l. chorej, u której dwa lata temu wystąpiły objawy uszne—szum i osłabienie słuchu ucha prawego. Mniej więcej rok temu przyłączyły się szum i przytępienie słuchu ucha lewego, obecnie chora jest głucha na ucho prawe, lewe ucho wykazuje 90% utraty słuchu. Badanie prawych narządów przedsionkowych wykazało brak pobudliwości dla wszystkich podniet: cieplikowej, obrotowej i galwanicznej; lewe narządy wykazują minimalną pobudliwość wyłącznie dla odczynu obrotowego.

Badanie układu nerwowego (K o l. H e r m a n) nie wykazało zmian w nerwach czaszkowych z wyjątkiem VIII i II pary.

Ze strony VIII pary oprócz wspomnianej już wyżej głuchoty i zaniku czynności narządów kanałów półkolistych stwierdzono oczopląs samoistny z przewagą w stronę prawą, zaburzenia równowagi w postaci dodatniego Romberga i chwiejnego chodu.

Ze strony II pary: w prawem oku przytarczowy zanik naczyniówki i membranae epipapillaris (zmiany wrodzone), myopia alta, w lewem oku tarcza normalna. Visus 5/10 (K o l. K a t z ó w n a).

Kończyny górne — periostalne odruchy nieco żywsze po stronie prawej.

Odruchy brzuszne — prawe nieco słabsze. Romberg dodatni, chód chwiejny.

Kończyny dolne: *O K* — prawego nie udaje się wywołać, lewy wywołuje się przy Jendrasiku, *O A* — prawego brak, lewy słaby.

Odruchy podeszwowe prawidłowe Czucie dla wszystkich rodzajów zachowane

Badanie moczu — norma.

Badanie krwi — raz wypadł Wasserman (+ +) dodatnio, powtórne badanie dało wynik ujemny. Ze względu na przebieg cierpienia usznego i na obraz chorobowy należało rozpoznać bądźto lues hereditaria tarda, bądźto samoistny zanik narządów zmysłowych błędników błoniastych.

Komplikuje rozpoznanie w danym przypadku obraz rentgenologiczny mózgu. Na rentgenie (D r. K r y ń s k i) widzimy na bocznem zdjęciu ciemne plamy wzdłuż i pod wielkiem spoidłem mózgu. Na zdjęciu en face widzimy ogromną ciemną plamę obejmującą większą połowę lewej półkuli mózgu. Z obrazu rentgenologicznego wynika, że mamy do czynienia ze zwapnieniami bądź to w lewym splocie naczyniastym, bądź to w lewych jądrach podstawnych i istocie przylegającej. Powiązanie obrazu klinicznego ze zmianami rentgenologicznie stwierdzonemi napotyka na duże trudności.

Jedynie piaszczak splotu naczyniastego ze zmianami w splotach naczyniastych IV komory, które wówczas uciskałyby na pnie VIII pary, mógłby nam wytłomaczyć obraz kliniczny. Nie wykluczonem jest, że zmiany, rentgenologicznie stwierdzone w mózgu, są jakąś anomalją wrodzoną, cierpienie VIII pary nie stoi w związku ze stwierdzonemi rentgenologicznie zwapnieniami.

Dyskusja: K r y ń s k i. — Na podstawie zdjęcia rentgenologicznego nie da się dokładnie określić siedliska nowotworu, można jedynie powiedzieć, że jest on zwapniały.

H i g i e r (sen.). — Wyklucza guz okolicy mostowo—móżdżkowej i przypuszcza, że mamy tu do czynienia z piaszczakiem splotu naczyniastego (psammoma plex. chorioid).

2. Braun i Simchowicz. — *Przypadek choroby Vaquez'a z objawami nerwowymi (brak referatu).*

Dyskusja: Szwarc. — Za znamienne w tem cierpieniu uważa zmiany na dnie oczu — rozszerzenie żył i drobne krwotoczki; zmiany te umożliwiają rozpoznanie choroby.

Higier (sen.) — Przypomina, że podobny przypadek przedstawiał przed kilkoma laty. Podział na trzy typy kliniczne nie da się przeprowadzić. Naświetlanie kości promieniami Rentgena daje dobre wyniki.

Bregman. — Znajomość choroby Vaquez'a ważną jest dla neurologa, z tego względu, że zmiany na dnie oka przypominaja zastoinę.

Flatau. — Jest zdania, że obraz dna oka w chorobie Vaquez'a jest odmienny od obrazu brodawki zastoinowej: brodawka nigdy nie bywa wypuklona, żyły są rozszerzone, ciemno-czerwone. Objawy te mogą być bardzo nieznaczne, jak np. w przypadku przedstawionym, nie zawsze więc ułatwiają rozpoznanie tej choroby. Często spotyka się objawy ogólne, np. silny niepokój, bez żadnych objawów ogniskowych.

3. Przeradzka: *Przypadek encephalomyelitis disseminata.* (Z kliniki chorób nerwowych U. W. Prof. Orzechowskiego).

Chory S. A. lat 20, robotnik. W zimie 1923 r. po przeziębieniu wystąpiły objawy szybkiego męczenia się, osłabienia, po kilku tygodniach zaburzenia pęcherzowe, później niedowłady kończyn prawych, dolnej, następnie górnej, trudność połykania, zachłystywania się, z czasem także niedowład kończyny dolnej lewej, gorączka i biegunka trwająca 4 miesiące. Choroba nasilała się do lipca 1924 r. W listopadzie 1924 r zgłosił się do Kliniki. Wówczas stwierdziło się u chorego: szybki drobny oczopląs poziomy obustronny, podwójne widzenie, niedowład dolnej gałązki l. n. twarzowego i l. łuku podniebiennego, mm. barkowych, dwugłowych i międzykostnych II i III po prawej, mm. biodrowo-udowych, zginaczy kolan i stopowych, więcej po str. pr., ułożenie stóp końskoszpotawe. Odruchy ścięgnisto-okostnowe wzmożone, kolanowe kloniczne, Rossolimo po pr. słaby, brak odruchów brzusznych dolnych. Wybitna ataksja zwłaszcza kończyn dolnych. Czucie ułożenia i wibracyjne zniesione na stopach zresztą obniżone silnie. Czucie powierzchowne obniżone na podudziach i stopach. Stan wewnętrzny bez zmian. Płyn mózgowo-rdzeniowy prawidłowy, odczyn benzoesowy dwukrotnie ujemny. W czasie obserwacji stan chorego stale powoli się poprawiał Obecnie szybki drobny oczopląs poziomy, niedowład m. dolnego skośnego pr. dolnej gałązki l. n. twarzowego, brak dolnych odr. brzusznych, ślad ataksji dysmetrycznej w kończynach górnych i dolnej prawej, flex. combin zaznaczona, Romberg słaby, ślad zaburzenia czucia ułożenia w palcach pr. stopy przeczulica na tułowiu i kończynach dolnych. Rozpoznanie różniczkowe zacieśnia się do stwardnienia rozsianego i rozlanego zapalenia mózgowo-rdzeniowego. Za stwardnieniem rozsianem przemawia: oczopląs, brak dolnych odr. brzusznych i objawy móżdżkowe. Za zapaleniem mózgowo rdzeniowem przemawiają dominujące w obrazie chorobowym zaburzenia czucia ułożenia, brak wybitniejszych objawów piramidowych, ponadto długotrwały rozwój i powolne, a stałe cofanie się objawów, długotrwała biegunka i gorączka, wyniszczenie i anemja w okresie początkowym choroby, wreszcie ujemny odczyn benzoesowy.

Dyskusja: Flatau. — Próba benzoesowa Guillain'a daje niespodzianki; czasem w przypadkach sclerosis multiplex nie otrzymywano typowej krzywej, raz otrzymano wynik dodatni w niedokwistości złośliwej. Objawy wskazujące na zajęcie sznurów tylnych w rozsianem stwardnieniu mogą być wybitne i dawać obraz wiądu rdzenia. Odróżnienie myelitis od sclerosis multiplex czasem bywa niemożliwe.

L e ś n i o w s k i. — Odczyn benzoesowy, stosowany w klinice neurologicznej od 2 lat, daje wyniki naogół zgodnie ze znanemi z piśmiennictwa. W kile w 95% przypadków odczyn ten zgadza się z odczynem Wassermana. Dla stwardnienia rozsianego odczyn benzoesowy według Guillain'a nie jest patognomoniczny i bywa słabo dodatni, co zgadza się z przypadkami spostrzeganymi w klinice.

H i g i e r. — Skłania się do rozpoznania w danym przypadku encephalomyelitis disseminata, ze względu na podniesioną ciepłotę. Naogół jednak w przypadkach przewlekłych rozpoznanie między sclerosis desseminata i encephalomyelitis jest bardzo trudne.

B r e g m a n. — Spostrzegał podniesienie ciepłoty w przypadku rozsianego stwardnienia.

4. S t e r l i n g. — *Przypadek infantylizmu.*

Dyskusja: O r z e c h o w s k i. — W przypadkach myxoedema budowa ciała bywa prawidłowa; zdarza się natomiast i u ludzi normalnych niestosunek długości górnej do dolnej. Nie sądzi, by należało przywiązywać do tego stosunku tak wielką wagę.

K n a p p e. — Spostrzegał dwa podobne przypadki. W jednym osobnik 18 letni, z zachowaną inteligencją, miał wygląd 7-letniego dziecka. W drugim przypadku po chorobie gorączkowej wystąpiło zahamowanie wzrostu, inteligencja nie była upośledzona, bądź, że zwykle w przypadkach infantylizmu istnieje przyczyna zewnątrzpochodna, a nie wrodzona, co nie przeczy zajęciu gruczołów dokrewnych.

H i g i e r (sen.) — *Sądzi, że są przypadki wrodzonego infantylizmu.*

S t e r l i n g. — Tylko znaczne różnice długości górnej i dolnej mają znaczenie; eunuchoidzi mają wygląd raczej młodzieńczy.

W tym samym dniu odbyto *Zwyczajne Walne Zgromadzenie*, z następującym porządkiem dziennym:

1. Sprawozdanie *sekretarza* z działalności Towarzystwa za rok 1925/26 (od 1.IV 25 do 1. IV. 26).

W ciągu ostatniego roku odbyło się *11* posiedzeń klinicznych oraz 2 posiedzenia poświęcone sprawom anatomo-patolog. Liczba pokazów klinicznych wynosi *53*, pokazów anatom. *13*. Ponadto wygłoszono 4 odczyty a mianowicie: 1) Minkowski „O współczesnym stanie nauki o odruchach (19/IX—925).

2) S t e r l i n g Wł. „W sprawie patogenezy porażenia okresowego (17/X—925) z pokazem chorego.

3) S t e r l i n g Wł. Objawy dłoniowe analogiczne do objawów Babińskiego i Rossolimo (z pokazem chorych) 21/XI.

4. B r e g m a n i M e s z. — Próby stosowania lipjodolu wstępującego w sprawach rdzeniowych z pokazem radiogramów (16/I. 926).

Odbyły się 4 posiedzenia Zarządu.

Na posiedzeniu dn. 18/IX. Zarząd wybrał 12 członków korespondentów zagranicznych a mianowicie: 1) A. Thomas, 2) Pierre Marie, 3) George Guillain, 4) Otto Marburg, 5) Marinesco, 6) Władysław Haskowec, 7) Henschen, 8) Robert Bing, 9) Miura, 10) Ramsay Hunt, 11) Kinnier Wilson, 12) Mingazzini. Zarząd zaproponował wybrać doktorów: Goldflama i Babińskiego na członków honorowych, którzy wybrani zostali jednogłośnie na Walnem Zebraniu nadzwyczajnem dn. 21/XII. 925.

Na posiedzeniu Zarządu dn. 18/II poruszono sprawę wydawnictwa Neurologji Polskiej jako organu Warsz. Tow. Neurolog.

Prezes dr. B r e g m a n odczytał projekt regulaminu, który postanowiono przedłożyć Walnemu Zebraniu Nadzwyczajnemu poświęconemu tej sprawie a naznaczonemu na pierwszą połowę marca. Regulamin został przyjęyty przez Walne Zebranie dn. 13/III.

Zarząd podniósł opłatę członkowską do 20 zł. rocznie płatnych w 2 ratach.

Na ostatniem posiedzeniu Zarządu postanowiono przedstawić Walnemu Zebraniu projekt dotyczący udziałów na rzecz wydawnictwa Neurol. Polskiej. W ciągu ostatniego roku zapisało się 8 nowych członków a mianowicie doktorzy: Pękoslawski Leon Dembowski Stefan, Matecki Władysław, Sznajderman, Opalski Adam, Lewicka Eugenja. Bogusławski Stefan, Braun Janusz. Wszyscy przyjęci zostali przez Zarząd.

Tow. Neur. wysłało delegata w osobie d-ra Koelichena na zjazd uczczenia pamięci Charcota w Paryżu i brało udział w Zjeździe Przyrodników i Lekarzy, który się odbył w lipcu 1925 w Warszawie.

2) Sprawozdanie skarbnika.

3) Sprawozdanie Komisji Rewizyjnej za rok 1925.

Komisja Rewizyjna Warszaw. Towarz. Neurologicznego rozpatrzywszy na posiedzeniu dnia 13/III 26 całokształt działalności Towarzystwa za rok sprawozdawczy 1925 (od III. 25 — III 26) stwierdza, że

1) Księgi Kasowe Warsz. Tow. Neur. oraz wydawnictwa „Neurologji Polskiej" znaleziono w całkowitym porządku, co uzgodniono z odpowiedniemi kwitami i dowodami kasowemi.

2) Członków Towarzystwo posiada 93, zapłaciło składkę za r. 1925—72 członków.

3) a) **Dochody** Towarzystwa: | **Wydatki Towarzystwa:**

Dochody Towarzystwa		Wydatki Towarzystwa	
Saldo	173 zł.	opłata sali i służby	290 zł.
składki 72 × 15	1080 „	kancelaryjne	219 „ 15 gr.
razem	1253 zł.	inkasso składek	105 „
		stół do pokazów	130 „
Saldo	508 zł. 85 gr.		744 „ 15 gr.

b) **Dochody „Neurologji Polskiej"** | **Wydatki „Neurologji Polskiej":**

Dochody „Neurologji Polskiej"		Wydatki „Neurologji Polskiej"	
Saldo	318 zł.	drukarnia i papier	2965 zł. 58 gr.
udziały, od 78 czł.	1180 „	inkasso	534 „ 70 gr.
ogłoszenia	2242 „	kancelaryjne	134 „ 10 gr.
zapomoga T. N.	250 „		3634 zł. 38 gr.
inne dochody	98 „ 63 gr.		
razem	4088 zł. 63 gr.		

Pozostałość na rok 1926.

Ogółem pozostaje w kasie Towarzystwa 963 zł. 10 gr., z tego ogółem w P. K. O. 814 zł. 51 gr., reszta w kwitach tymczasowych.

4) Komisja rewizyjna przyjęła do wiadomości sprawozdanie Zarządu za r. 1925.

5) Komisja rewizyjna przychodzi do wniosku, że Zarząd dotąd nie starał się urzeczywistnić najważniejszego postulatu wyrażonego w poprzednich orzeczeniach komisji rewizyjnej za przeciąg ostatnich 2-ch lat, a mianowicie stworzenia bibljoteki i czytelni.

6) Komisja rewizyjna zwraca uwagę Zarządowi, że w myśl art. 15 i 16 statutu Warsz. Tow. Neurologicznego sekretarzem musi być jeden z członków Zarządu wybranych na walnem Zgromadzeniu Towarzystwa.

Warszawa, 15 marca 1926 r.

4. *Wybory* członków Zarządu, Komisji Rewizyjnej i Komitetu Redakcyjnego.

Wybrano większością głosów:

Do Zarządu: Bregmana, Flatau, Goldflama, Higiera, Koelichena, Orzechowskiego, Pieńkowskiego. Do Komisji Rewizyjnej: Gepnera, Rotsztata i Zandową. Do Komitetu

Redakcyjnego: Bregmana, Bychowskiego (sen.), Flatau, Higiera, Jareckiego, Jaroszyńskiego, Koelichena, Orzechowskiego, Sterlinga.

5. Na wniosek ustępującego Zarządu uchwalono, że wszyscy członkowie Towarzystwa muszą być udziałowcami Neurologji Polskiej i że udział wynosić ma 30 złotych rocznie, płatnych w dwuch ratach.

POSIEDZENIE Z DN. 22. 5. 1926 (56 te).

Prezes Prof. Orzechowski zawiadamia o wynikach wyborów, przeprowadzonych w łonie nowego Zarządu; wybrani zostali: prezesem — Orzechowski, wiceprezesem — Higier, sekretarzem i skarbnikiem — Pieńkowski. Prezes zwraca się z apelem do członków o finansowe podtrzymanie Neurologji Polskiej i prosi o regularne wnoszenie składek. Następnie w słowie wstępnem podkreśla zasługi ustępującego prezesa D-ra Bregmana tak w zakresie administracyjnym, jak i dla wydawnictwa Neurologji, Zjazdu Lekarzy i Przyrodników, wreszcie dla wprowadzenia Towarzystwa na forum międzynarodowe, i wyraża uznanie i wdzięczność.

Opalski. — Przypadek schorzenia dziedzicznego piramidowego dwuneuronowego.

Matka ma stopy zniekształcone od urodzenia. Poza szybkiem męczeniem się przy chodzeniu żadnych skarg nie podaje. Ma trzy córki, które urodziły się normalnie, z tych dwie chore. W rodzinie podobnych cierpień nikt nie miał.

Stan obecny matki: obustronne stopy łukowate, palce kończyn dolnych szponiaste, zatarcie konturów i przykurcz ze śc. Achillesa. Hypotonja w stawach kolanowych. Mierny zanik mięśni przednich uda i nieznaczny podudzi. Niedowład zginania paluchów i prostowania reszty palców w stawach członowych. Odruchy kolanowe dość żywe. Odruchów ze śc. Achillesa i kurczowych niema. Nienormalność chodu polega na upośledzeniu ruchów stóp i palców. Badanie elektryczne wykazało b. znaczne obniżenie, to zupełny brak pobudliwości na oba rodzaje prądu w przeważnej części mięśni ud i podudzi. Cierpienie u obu córek przedstawia się w sposób dość podobny, inaczej jednak niż u matki. U starszej córki lat 10 pierwsze objawy wystąpiły w 9-tym r. życia i polegały na opadaniu początkowo prawej następnie lewej stopy i stopniowo rozwijającym się przykurczu śc. Achillesa, tak że obecnie chodzi na palcach. Młodszą córkę lat 9 uważano do czasu zgłoszenia się na klinikę za zdrową.

Objawy chorobowe dotyczą u obu córek kończyn dolnych, przyczem u starszej są bardziej nasilone. U tej ostatniej stwierdza się: stopy końskie łukowate, mierny zanik podudzi z przodu, przykurcze w m. przywodzących, zginaczach i prostownikach ud i wybitny przykurcz śc. Achillesa. Odruchy kolanowe i ze spojenia łonowego wzmożone. Brak odr. ze śc. Achillesa i prawostronny obj. Babińskiego. Siła obniżona w m. strzałkowych i długich prostownikach palców. Chora chodzi na palcach, krzyżuje stopy, pochylając silnie tułów ku przodowi. Nakłucie lędźwiowe: stosunki prawidłowe. Odcz. Wassermana z krwi i płynu mózgowo-rdzeniowego ujemny.

U młodszej siostry stwierdza się obie stopy końsko-szpotawe i łukowate, przykurcz obu śc. Achillesa, lekki zanik lewej łydki. Niedowłady prostowników stopy i porażenie prawego długiego prostownika palucha. Odr. kolanowe wzmożone. Odr. ze śc. Achillesa brak. Objaw Babińskiego po prawej wyraźny, po lewej wątpliwy. Elektrycznie stwierdza się u obu sióstr znaczne obniżenie pobudliwości i częściowy odczyn zwyrodnienia w niektórych grupach mięśni kończyn dolnych. Brak zaburzeń (odżywczych, naczynioruchowych, czuciowych), brak drżeń włókienkowych.

Schorzenie nosi charakter dziedziczno rodzinny, mimo że u matki zespół objawowy dotyczy tylko neuronu obwodowego, u córek zaś obu neuronów ruchowych. Za

tem przemawia zbliżony typ cierpienia u obu córek i wystąpienie pierwszych objawów w tym samym wieku. Nasilenie się objawów w drugim pokoleniu może być ujmowane jako objaw progresji. Pod względem klinicznym schorzenie obu córek jest pozornie tylko zbliżone do stwardnienia zanikowego bocznego, od obserwacji Maas'a, Hoffman-n'a, Seeligmüller'a, Higiera różni się znacznie.

Schorzenie rodzinne naszych przypadków, z zastrzeżeniem, że przyszłość zasadniczych zmian nie przyniesie, odpowiadałoby czystej postaci zajęcia obu neuronów piramidowych przeznaczonych dla dystalnej części kończyn dolnych.

Dyskusja:

H i g i e r zwraca uwagę, że *Sclerosis lateralis amyotrophica simplex*, sądząc z tego względnie szybkiego przebiegu oraz z poważnych zmian anatomopatologicznych, jakie nowsze metody odkrywają w naczyniach, oponach i glei, jest cierpieniem prawdopodobnie pozakaźnem. W postaci rodzinno-dziedzicznej go notowano. Dawna obserwacja *Seeligmüllera* jest niepewna. Otępienie *Higier* w cierpieniach endogennych rzadko wykorzystuje jako cechę różniczkowo-rozpoznawczą, gdyż ono często wikła sprawy rdzeniowe i myopatyczne. W mniejszym stopniu dotyczy to zaniku nerwów wzrokowych. W spostrzeżeniu, opisanem przeż *Higiera* przed 30 laty, cztery siostry obok stopniowo rozwijającej się diplegji mózgowej spastycznej miały zanik nerwów wzrokowych i otępienie postępujące Pojęcie heredodegeneracji ogólnej i systemowej zaprowadził *Higier*, a dopiero po nim *Jendrassik i Bing*. Stosunek abiotrofji do dysplazj w nauce o dziedziczeniu chorób organicznych jeszcze dotąd nie jest ściśle określony zwłaszcza pogranicza między jedną a drugą.

2. W ł. S t e r l i n g. *Przypadek choroby Quinekego z objawami wzrokowemi.*

Przypadek dotyczy 27-letniej panny, u której 2 lata temu wystąpiło nagle opadnięcie lewej powieki i któremu towarzyszyły gwałtowne bóle głowy. W przeciągu 2 następnych dni ptoza wyrównała się prawie zupełnie, zaś bóle znikły całkowicie. 4 tygodnie temu — ponowne opadnięcie lewej powieki z gwałtownemi bólami na sklepieniu czaszki i z całej okolicy czołowej. Po 5 dniach wystąpił nagle obrzęk lewej *powieki górnej* oraz poczęści dolnej powieki, zamykający zupełnie szparę oczną. W tym czasie wystąpił *ogromny upadek siły wzroku w prawem oku.* Przy podniesieniu biernem obrzmiałej lewej powieki siła wzroku lewego oka okazywała się *zupełnie dostateczna*. Na prawem oku natomiast upadek siły wzroku był tak znaczny, że pacjentka z trudnością tylko odróżniała kontury przedmiotów zbliżonych bezpośrednio do oka. *Badanie wziernikowe* wykryło wtedy *wybitne objawy* zastoinowe *prawej tarczy wzrokowej*, podczas gdy lewa tarcza wykazywała stosunki normalne. Odruch lewej źrenicy na światło był całkowicie zniesiony. Inne nerwy czaszkowe nie wykazywały zmian. Siła kończyn była zachowana, odruchy kolanowe i stopowe były umiarkowane, brzuszne żywe, podeszwowe normalne. Obrzęk lewych ustąpił po 7 dniach, równocześnie zaczęła wnosić się ku górze i lewa powieka. Na 9t-y dzień. zmniejszenie się obrzęku prawej tarczy wzrokowej, zaś na 13-ty dzień stosunki zupełnie wróciły do normy, zaś wzrok na prawem odzyskał poprzednią ostrość. Po 3½ tygodniach znikły zupełnie bóle głowy.

2 miesiące temu wystąpiło po raz pierwszy obrzmienie przedniego odcinka podeszwowej powierzchni prawej stopy zupełnie bezbolesne w kształcie podkowy. Trwało ono 1½ dnia, poczem znikło bez śladu. Zupełnie anologiczne obrzmienie w tem samem miejscu powtórzyło się jeszcze 4 razy z nieregularnych odstępach czasu.

W wypadku niniejszym wyodrębnić należy dwie grupy objawów: 1) okresowe opadanie lewej powieki łącznie z innemi bólami głowy—odpowiadające zespołowi t. zw. „migreny oczu poraźnej" oraz; 2) okresowe obrzmienie stopy lewej powieki oraz tarczy

lewego oka — zależne od obrzęku naczynio - ruchowego czyli t. zw. choroby *Quinckego*.

3. Higier (*senior*) — *Z neuropatologji nerwu pośrodkowego*.

Higier — demonstruje jeden z tych rzadkich przypadków, podczas wojny tu i owdzie obserwowanych niezwykłej zastępczości, prawie całkowitej, jednego nerwu przez drugi. Chory z przeciętą *Art. et Vena brachialis, N. medianus et N. cutaneus antibrachii medialis*, u którego podwiązana została (A. Zawadzki): żyła, zeszyte tętnica i n. pośrodkowy. W kilka dni po operacji nieobecne tętno wróciło ruchy i czucie zaczęły się poprawiać, mimo to jeszcze w 10 tygodni po operacji pozostały pewne zaburzenia, obejmujące przedewszystkiem cały *N. medianus* i prawie cały *N. ulnaris*. Higier, analizując bliżej zaburzenia ruchu czucia, pobudliwości elektrycznej i trofiki, rozpoznaje: przecięcie *N. cutan antibrachii medialis* w środkowej części ramienia, N. *mediani* na tejże wysokości, przyczem w danym wypadku należy przypuszczać, że nerw pośrodkowy unerwia obręby mięśni i skóry, należące z reguły do domeny *N. ulnaris*. Pojedyńcze podobne spostrzeżenia opisali Foerster i Kramer.

Dyskusja: Zawadzki. — Czy nerw łokciowy był uszkodzony, chirurgicznie nie zostało wyjaśnione. Po zeszyciu tętno zjawiło się na 3-ci dzień. Dalsze postępowanie chirurgiczne zależy od tego, czy są objawy kliniczne zajęcia nerwu łokciowego.

Bychowski (senior). — Brak zaników po 3 miesiącach przemawia przeciw zajęciu n łokciowego.

Orzechowski. — W danym przypadku należałoby przyjąć, że nerw pośrodkowy całkowicie zastępuje czynności nerwu łokciowego; w piśmiennictwie tego nie opisywano. Prawdopodbnie chodzi tu o przecięcie n pośrodkowego i uwięznięcie w bliźnie nerwu łokciowego. Zabieg chirurgiczny byłby wskazany.

Higier. (senior) — Objawy zajęcia n. łokciowego wystąpiły na 2.gi dsień po operacji, co przemawia przeciw uciskowi tego nerwu w bliźnie.

4. Sznajderman. — Przypadek skurczów języka (z oddziału chorób nerwowych D-ra Bregmana).

Chora, lat 13, przybyła na oddział w końcu kwietnia r. b., skarżąc się na trudność w mówieniu. Dolegliwość ta datuje się od 6 miesięcy.

Początkowo trudności były nieznaczne, od miesiąca dolegliwość ta stale wzrasta. Chora podaje, że nie jest w stanie płynnie wypowiedzieć zdania, gdyż „zacina się", „język jej kołem staje." Na nic więcej nie narzeka. Żadna choroba gorączkowa nie poprzedziła obecnego cierpienia nie miała bólów gardła, ani utrudnień w połykaniu. Przed rokiem kilkutygodniowy okres bezsenności. Chora nie ma zwyczaju mdleć, ani płakać spazmatycznie. Nie było nigdy żadnych nagłych porażeń, ani nagłej utraty mowy. W 3-ci roku życia tyfus.

Ma 2-e rodzeństwa zdrowych. Matka ma być usposobienia nerwowego.

Stan obecny.

Chora budowy prawidłowej. Odżywienia lichego, W narządach wewnętrznych zmian nie stwierdza się.

U chorej przy mówieniu język staje się widoczny między zębami i wysuwa się nazewnątrz. Niekiedy ulega zgrubieniu skutkiem zawijania się jego przedniego końca chora mówi, jakgdyby trzymała coś w ustach. Ma to miejsce zarówno na początku mówienia, jak po dłuższem jego trwaniu. Zmęczenie nie wpływa na zmianę obrazu. Często objaw ten występuje przy milczeniu chorej: a mianowicie, przy badaniu szpary ustnej stwierdza się język między zębami. Język wysunięty nie zbacza. Silnie drży. Chora

jest go w stanie długo utrzymać w pozycji wysuniętej; nie stwierdza się w nim ruchów mimowolnych, nawet wtedy gdy leży na dnie jamy ustnej.

Pozatem układ nerwowy ani psychika nie przedstawiają nic szczególnego.

Mamy więc w streszczeniu u naszej chorej kurcze mimowolne, izolowane, długo trwałe, w tylnym pęczku mięśnia bródkowo-językowego, z wysuwaniem języka ku przodwi, występujące najczęściej przy mówieniu.

Co dotyczy etjologji cierpienia, byliśmy początkowo skłonni przyjąć tło psychogenne. Momentem do powstania miała być emocja w związku z objęciem przez chorą poraz pierwszy w życiu służby u obcych; pogarszanie się zaś choroby można byłoby kłaść na karb tego, że chora była przez matkę bita, gdyż ta ostatnia przypuszczało złą w tem wolę chorej. Zastosowaliśmy terapję sugestywną, która jednak pozostała bez wpływu. Wobec powyższego oraz podniesienia w wywiadach, że chora przed obecnem cierpieniem przebyła kilkudniowy okres bezsenności, która najprawdopodobniej była jednym z objawów nagminnego zapalenia mózgu, przyjęliśmy kurcze te, jako hyperkinezę pozapiramidową, powstałą w następstwie zmian w zwojach podkorowych.

4. Krukowski. — Przypadek zaniku nerwów wzrokowych w nagminnem zapaleniu mózgowia (z oddziału D-ra Bregmana).

Chora W. Sz., lat 28. Przybyła na oddział 6. III. 26 r. Rok temu chora w ciągu 2-ch tygodni miała silne bóle głowy, nudności; gorączkowała; równocześnie wystąpiły, podwójne widzenie i senność: chora spała po całych dniach, nawet podczas jedzenia zasypiała; z ust stale wyciekała ślina Powyższe objawy następnie ustąpiły, natomiast wzrok z biegiem czasu uległ pogorszeniu, wystąpiła „sztywność" i uczucie drętwienia w l. k. k; chora zaczęła źle sypiać, zauważyła, że mowa stała się utrudniona, „chropawa", a ruchy powolne, utrudnione.

Przedtem zdrowa. Urazu nie było. Zamężna, nie roniła, 3-je dzieci. Używała leków nieco słonych. Przedmiotowo: w narządach wewn. zmian nie stwierdzono. Źrenice równe, okrągłe, na światło nie oddziaływują, oddziaływanie zaś na zbieżność i przystosowanie normalne. Dno oczu: atrophia simpl. n—wi dex.; atr. incip. n—wi sin. (kol. Arkin). V. o. d. = 5/6 (1,0 D), v. o. s. = 5/6 (1.0 D).

Mroczka centralnego na barwy niema.

Ruchy gałek ocznych zachowane, Oczopląsu niema VII — XII — w normie. Twarz bez wyrazu, maskowata.

Drganie włókienkowe języka. Ślinotok.

K. k. g. i d. pod względem ruchowym i siły mięśniowej — normalne.

Tr., Bc ref. i okostnowe-umiarkowane.

PR., umiarkowane. AR — nie otrzymują się.

Od. podeszwowe: zginanie palców.

Palec — nos, pięta — kolano-norma. Od. bezuszne — O. Od. antagonistycznych — brak. Romberga — brak. Chód b. powolny; postawa wybitnie parkinsonowska. Wszystkie rodzaje czucia zachowane.

Wassermann ze krwi i płynu mózgowo rdzeniowego (dwukrotnie badany)-ujemny.

Próba Langego, będźwinowa (kol. Rozental) — ujemna.

Liwfocytów — 4; Nonne-Apelt +; białko — 0,2%.

Rozpoznanie — wiąd rdzenia należy wykluczyć ze względu na brak przymiotu w wywiadach, przebieg cierpienia, brak bezładu i zmian w odruchach kolanowych, wreszcie ujemny wynik Was — na zarówno we krwi, jak i w płynie mózgowo rdzeniowym.

Mamy niewątpliwie do czynienia z nagminnem zapaleniem mózgowia, za tem rozpoznaniem przemawia przebieg cierpienia (wybitna senność, podwójne widzenie, go-

rączka) i dane badania przedmiotowego: ślinotok, maskowata twarz, powolność ruchów, postawa parkinsonowska. Zanik n — ów wzrokowych czyni przypadek b. interesującym, gdyż objaw ten w przebiegu omawianego cierpienia należy do rzadkich i ilość tego rodzaju spostrzeżeń jest b. ograniczona (Stern, Thomas).

Dyskusja: Bychowski (senior). — Zastanawiającem jest to, że przy normalnej sile wzroku obecny jest zanik nerwów wzrokowych. Brak odruchów achillesowych i brzusznych i zanik nerwów wzrokowych nie pozwalają na stanowcze i łatwe wykluczenie rozsianego stwardnienia.

Higier osobiście nie widział nigdy — mimo ogromnego materjału — zaburzeń na dnie oczu u encefalityków nagminnych chociaż zna zapalenie nerwów wzrokowych i demonstrował przed laty u panny z *encephalitis simplex subacuta*. Pierwotnych zaników nerwu wzrokowego po encefalitycznych ani widział ani o nich nie czytał nigdy. Należy traktować przypadki takie z wielką ostrożnością, zwłaszcza gdy się nie obserwowało samemu chorego z zapaleniem mózgowia ani się widziało pierwszych okresów zmian na dnie oka.

Sterling. — Patogenezy tego typu zaniku nie znamy. Obserwował osobiście lekki przypadek zapalenia nagm. mózgowia z zanikiem nerwu wzrokowego oka lewego. Niewiadomo czy zmiany te powstały na początku choroby.

Wurcelman. — Spostrzegał w nagminnem zapaleniu mózgu zanik nerwu prawego oka z osłabieniem wzroku w ostrym okresie.

Herman. — Opisał brak odruchów kolanowyoh i achillesowych w okresie pośpiączkowym.

Krukowski. — Wyklucza rozsiane stwardnienie i wiąd rdzenia. Prosty zanik nerwów wzrokowych w danym przypadku potwierdziło dwóch okulistów. Utratę odruchów ścięgnowych w nagm. zapalenia mózgowia opisywano.

POSIEDZENIE ANATOMICZNE Z DN. 11. 6. 1926 (57-e)

1. Opalski. — *Schorzenie układowe móżdżku i rdzenia.* (Z kliniki chorób nerwowych Prof. Orzechowskiego). Chora A. K. l. 45 zgłosiła się na klinikę d. 12/VI 1926 r. Choroba zaczęła się przed 2-ma laty osłabieniem i drżeniem kończyn órnych, poczem pojawiły się bóle głowy i utrudnienie mowy. Miesiączkuje dotychczas. W ciążę nie zachodziła.

Wygląd charłaczy. Narządy wewnętrzne bez zmian. Leniwe oddziaływanie źrenic na światło i przystosowanie. Niedowłady spojrzenia na boki z oczopląsem. Ruchy gałek ocznych b. powolne. Mowa zwolniona, niewyraźna, nierówno intonowana. W kończynach górnych siła dobra. Brak odruchów z kości łokciowych. Nieco ataksji przy wybitnem upośledzeniu diadochokinezy Odruchy brzuszne zachowane. W kończynach dolnych ślad niedowładów i wybitna hypotonja. Brak odruchów kolanowych i ze śc. Achillesa. Wybitna asynergja tułowia. Podtrzymywana kroczy powoli nadmiernie wysuwając nogi zgięte w kolanach. Przy próbie pięta-kolano wybitna ataksja. Czucie powierzchniowe i głębokie bez zmian. Badanie płynu mózgowo-rdzen. wykazuje warunki prawidłowe. Odcz. Wassermana z krwi ujemny, z płynu +.

Chora w styczniu 1922 r. przechodziła różę co wybitnie pogorszyło jej stan. W stanie neurologicznym następujące zmiany: utrudnienie połykania, silniejsza pareza spojrzenia na boki i ku górze z dewijacją gałek w strony przeciwne W obu kończynach górnych lekki niedowład. W palcach rąk stały niepokój.

W całych kończynach dolnych wcale znaczne niedowłady z wybitnemi zanikami.

Obydwie stopy końsko-szpotawe z przykurczeniem śc. Achillesa. Elektrycznie w mięśniach tylko zmiany ilościowe.

Chora zmarła w następstwie odoskrzelowego nieżytowego zapalenia płuc, przy stale wzrastającej niedomodze serca i objawach Chayne-Stokes'a.

W wywiadach brak rodzinnego charakteru cierpienia i wogóle uchwytnej etjologji.

Klinicznie jako sprawę najprawdopodobniejszą przypuszczano stwardnienie rozsiane. Sekcja wykazała zmiany zapalne w płucach i zanik organów w związku z charlactwem.

Badanie histologiczne układu nerwowego: Rdzeń na przekroju jest nieco pomniejszony. Poczynając od części lędźwiowej widać umiarkowane wyświetlenie pęczków Burdacha, a w części szyjnej pęczków Golla i Burdacha, obok wyjaśnienia torów Flechsi'ga i Gowersa. Ilość komórek rogów przednich w części lędźwiowej i piersiowej jest zmniejszona, komórki zachowane są w stanie zaniku rzadziej chromatolizy. Rozpadu tłuszczowego nigdzie się nie wykazuje. Obrazom wyświetleń odpowiada umiarkowane stwardnienie gleju. Opony miękkie rdzenia pogrubiałe. Korzonki tylne zawierają sporo cienkich zaniklych włókien.

Móżdżek makroskopowo: dość wybitny zanik półkul z zachowaniem doustnej partji robaka. Drzewo żywota o odgałęzieniach zcieńczałych. Poszczególne lobuli są o $^1/_3 - ^1/_4$ zmniejszone. Wstęga szara jądra zębatego za wąska. Natomiast ośrodek rdzeniasty móżdżka i szypuły nie robią wrażenia zaników. Mikroskopowo zanik dotyczy wszystkich warstw móżdżka z wyjątkiem rdzeniastej. Warstwa drobinowa jest cienka i zawiera sporo komórek glejowych

Ilość komórek Purkinje'go jest wybitnie zmniejszona, miejscami brak ich zupełnie. Ocalałe komórki są małe, pokurczone, barwią się za ciemno. Na obrazach Bielschowsky'ego prócz zaniku komórek stwierdza się przerost i pogrubienie włókien koszyczkowych, w warstwie zaś drobinowej pogrubienie włókien osiowych i poprzecznych. Między w. drobinową, a w. komórek Purkinjego miejscami obserwuje się równoległą smugę komórkową złożoną przeważnie z komórek glejowych i zrzadka ułożonych kom. Purkinjego. Warstwa ziarnista jest węższa niż normalnie i jakby zagęszczona. W jądrze zębatem ilość komórek nieco zmniejszona, część ich zredukowana objętościowo. Zwyrodnienia tłuszczowego w móżdżku nie stwierdzono. Opony miękkie nieco zgrubiałe miejscami zawierają zbyt dużo naczyń średniego i dużego kalibru.

Oliwa dolna miejscami jest cieńszą niż normalnie; mikroskopowo pewnego ubytku komórek nie stwierdzono. Żwoje podstawowe i jądro czerwone nie wykazują zmian, W korze mózgowej zmiany chromatolityczne i tłuszczowe komórek wszystkich warstw.

W nerwach obwodowych stwierdzono jako jedyną zmianę dość znaczną ilość włókien zaniklych w n. strzałkowym.

Pod względem anatomicznym, jeśli pominąć ostre zmiany w korze mózgowej, które należałoby wiązać z kacheksią i różą chorej, zmiany zacieśniają się do objawów ze strony móżdżka i rdzenia. Zmiany móżdżkowe odpowiadają zanikowi blaszkowatemu pierwotnemu wieku późnego Marie'a — Foix-Alajoanina, Thomasa, z dwoma jednak zastrzeżeniami, że sprawa umiejscowiła się w półkulach, nie w robaku i że jądro zębate jest dość dobrze zachowane. Jeśli jednak uwzględnimy, że podziału na neo i paleo cerebellum nie uznają wszyscy (Marburg) i że sprawa stosunkowo zakrótko trwa by doprowadzić do większych zmian w jądrze zębatem, to obie te różnice możemy uważać za nieistotne Od zaniku przy ataksji dziedzicznej Marie'a różni się nasz przypadek tem, że zanik jest rzeczywistym zanikiem blaszkowatym, gdy tam raczej chodzi o ogólny niedorozwój całego móżdżka. Od innych postaci zanikowych, jak atr. olivocerebel-

laris I rubrocerebellaris różni się nasz przypadek zachowaniem jądra zębatego, czerwonego, oliw i szypuł móżdżkowych. Wreszcie możnaby myśleć o zaniku wtórnym uzależnionym od sprawy zapalnej w oponach miękkich rdzenia, na to jednak zmiany opon są zbyt nikłe.

Zmiany w rdzeniu odpowiadają obrazom, spotykanym przy chorobie Friedreicha i ataksji dziedzicznej, z tem jednak, że są o wiele słabsze niż przy chorobie Friedreicha i nie zajmują dróg piramidowych, jak w ataksji dziedzicznej Marie'a, wreszcie niema w naszym przypadku zaniku słupów Clarka, jest natomiast zanik elementów ruchowych rogów przednich.

W przypadku naszym stwierdziliśmy więc sprawę zanikową móżdżka, nieodpowiadającą bez zastrzeżeń żadnej ze znanych postaci pierwotnego zaniku móżdżka zajmującą tylko neuron korowo-jądrowy komórek Purkinjego. Obok tego mamy sprawę zanikową pierwotną w rdzeniu. obejmującą sznury tylne, oba rdzeniowo-móżdżkowe i rogi przednie — wszystko w umiarkowanem nasileniu. Chodzi więc o układowe zanikowe schorzenie rdzeniowo-móżdżkowe całego szeregu systemów niezależnych od siebie. Tak jak anatomicznie nie odpowiada ono żadnej ze znanych postaci, taksamo odbiega ono od nich pod względem klinicznym spowolnieniem ruchów, brakiem odpowiednio wybitnej dysmetrji i objawami opuszkowemi.

H i g i e r zalicza demonstrowany przypadek, który zarówno pod względem klinicznym jak i anatomopatologicznym nie jest czysty, do zachorzeń układowych, endogennych, idjopatycznych. Cierpienie, przypominające hérédo-ataxie Mari'ego, choroby Friedreicha i poniekąd postać Charcot-Marie' zaczęło się w latach nieco późniejszych *(tardive)*, jak to widzimy w *paralysis spinalis spastica Strümpla*. Brak cech dziedziczno-rodzinnych utrudnia klasyfikację sporadycznego przypadku. H i g i e r w swojej dawnej pracy „o rzadkich postaciach chorób rodzinnych mózgu i rdzenia" podkreślił ten fakt, jak również bliskie pokrewieństwo poszczególnych postaci heredodegeneracji. Gdyby śmierć nie położyła kresu chorobie w 3-m roku jej trwania, uległyby zwyrodnieniu obok torów odśrodkowych Bielschowskyego w móżdżku i drogi dośrodkowe.

O r z e c h o w s k i. — Podkreśla trudności rozpoznawcze kliniczne i anatomiczne. Kliniczne — brak dysmetrji, oczopląsu, objawów kurczowych, zaś obecność zaników w kończynach dolnych. Anatomicznie — obraz nietypowy: wyjaśnienie sznurów Golla i Burdacha, szlaki móżdżkowe mało zmienione; zmiany w móżdżku nie odpowiadają żadnej ze znanych postaci, gdyż zanik obejmuje warstwę drobinową, ziaren i komórki Purkinjego, a więc neuron pośredni. Najbardziej przypadek ten zbliża się do typu „atrophie lamellaire tardive primitive" P. Marie i Alajoanine'a.

B r e g m a n. — Klinicznie postać ta trudna do wyodrębnienia, często bywa włączana do rozsianego stwardnienia.

Z a n d o w a. — Przeciw rozsianemu stwardnieniu przemawia tylko obecność odruchów brzusznych.

O r z e c h o w s k i. — Komórki Purkinj'ego są naogół łatwo uszkadzalne, w danym przypadku zmiany stwierdzone w tych komórkach nie robią wrażenia zmian wtórnych.

2. T y c z k a. — *Dwa przypadki gruzełka mózgu (międzymóżdża i mostu)*. (Z kliniki chorób nerwowych Prof. O r z e c h o w s k i e g o).

Przypadek pierwszy tyczy się chorej l. 39, która zachorowała przy końcu marca 1925 r. Z objawami stopniowo postępującego połowiczego prawo-stronnego niedowładu kończyn z utrudnieniem mowy. W czerwcu 1925 r przedmiotowo stwierdzało się: zamroczenie, ciepłota 38, tętno 104. Narządy wewnętrzne bez zmian. Z nerwów czaszkowych dno oka po stronie lewej prawidłowe, po prawej tarcza zastoinowa i prawdo-

podobnie prawostronne równoimienne niedowidzenie. Źrenice pr. > l., zresztą obie pod każdym względem prawidłowe. Typowe połowicze prawostronne porażenie kończyn z przykurczami, po lewej hyperkineza niecharakterystyczna, później niedowład pozapiramidowy. W mowie uderzało wybitne spowolnienie. We wrześniu mimo, że ciepłota podniosła się do 39, zaznaczyła się remisja: Tarcza zastoinowa cofnęła się prawie bez śladu, a zamroczenie mniejsze. W cieczy m. rdz. brak zmian, Wasserman tu i we krwi ujemny, odczyn skórny Pirqueta ujemny, odczyn Besredki we krwi + + +. Chora zmarła przy końcu października 1925 r.

Sekcja mózgu wykazała zlep gruzełków zajmujący po stronie lewej ciało podzwgórkowe, kulę bladą, dolną część torebki wewnętrznej i przechodzący na wzgórek wzrokowy. Histologiczne badanie potwierdziło rozpoznanie gruzełką. Uderzającem było w tym przypadku to, że tarcza zastoinowa była po stronie prawej a nie po stronie guza, i że cofnęła się mimo niewątpliwego anatomicznego rozrostu gruzełka.

Przypadek drugi tyczy się chorej l, 16, która w 6 tygodni po zapaleniu płuc w kwietniu 1924 r. zauważyła gorszy chód, zataczanie się, pogorszenie słuchu i niemożność zwracania gałek na boki. W maju 1925 r. stwierdzano: Ruch gałek na boki zniesiony, ku górze upośledzony, możliwy tylko ku dołowi; oczopląs pionowy. Obustr. znaczne obniżenie słuchu, mowa spowolniona, nosowa Obustr. objawy móżdżkowe i piramidowe z. k. k. d. Czucie głębokie wszędzie zaburzone. Błędniki pobudliwe z prawidłowymi odczynami padania mijania lecz bez oczopląsu. W cieczy m. rdz. początkowo wybitna pleocytoza jednojądrzasta (120), której brak było przy następnych 2 punkcjach. Wassermann we krwi i cieczy ujemny. Odczyn Besredki, badany tylko w płynie. ujemny. W lutym 1926 r. chora zmarła wśród objawów gruźliczego zapalenia otrzewnej.

Sekcja wykazała zlep gruzełków zajmujący cały most i przechodzący po stronie prawej nieco na móżdżek. Histologiczne badanie w tym przypadku wykazało budowę gruzełka.

W przypadku tym należy podnieść wybitną pleocytozę z początku, zachowanie czucia powierzchnianego mimo takiego umiejscowienia gruzełka, wystąpienie pionowego oczopląsu przy porażeniu spojrzenia na boki. Zajęcie słuchu przy niedotkniętych nerwach przedsionkowych wskazywało między innymi na umiejscowienie w sąsiedstwie ciał czworaczych.

3. K o e l i c h e n. — *Guz okolicy komory III.*

Koelichen przedstawił preparat mózgu z dużym nowotworem w okolicy komory III-ciej. Pomimo umiejscowienia i rozmiarów guza, klinicznie choroba miała przebieg bardzo krótki, a objawy jej były dość ubogie. Chory podawał, że do kwietnia 1927 r. czuł się dobrze i pełnił służbę wojskową. Powracając z urlopu otrzymanego na święta Wielkanocne zasłabł w drodze przy objawach osłabienia ogólnego, bólu i zawrotu głowy. Objawy te nasilały się dość szybko, przyłączyło się do nich osłabienie słuchu i wzroku. Chory przybył do szpitala w d. 27/IV b.r. Przy badaniu przedmiotowem stwierdzono: chory mężczyzna lat 21, bardzo krzepkiej budowy, o wyglądzie czerstwym, zlekka zamroczony, orjentuje się niezupełnie dobrze, słuch wybitnie osłabiony, obustronna brodawka zastoinowa z drobnemi wybroczynami, niedowład prawego nerwu odwodzącego, wybitne zaburzenie równowagi ciała w postaci chwiania się i zataczania przy staniu i chodzeniu Pozatem jednak nerwy czaszkowe bez zmian, sprawność ruchowa kończyn dobra, bez ataksji, drżenia lub adiadochokinezy, czucie zachowane, odruchy ścięgien i skórne prawidłowe, odruchów patologicznych nie stwierdzono. Pomimo rozpoznania nowotworu mózgu przystąpiono do nakłucia lędźwiowego, które wykonano nader ostrożnie, w pozycji leżącej, wypuszczając ciecz m. r. po kropli. Badanie cieczy nie wykryło w nie

żadnych zmian. Na drugi dzień po nakłuciu zastano chorego w stanie nieprzytomnym, wobec czego przystąpiono do trepanacji odbarczającej, w czasie której wytrepanowano duży płat kostny w okolicy ciemieniowo skroniowej prawej. W 3 dni po operacji chory zmarł nie odzyskując przytomności. Przy badaniu pośmiertnem mózgu stwierdzono w nim nowotwór, który wystawał z pod spoidła wielkiego i był widoczny po rozchyleniu półkul mózgowych. Mózg utrwalono w formalinie i rozcięto go cięciem strzałkowem po przez spoidło wielkie i cały pień mózgowy. Na otrzymanych przekrojach mózgu widać, że nowotwór, kształtu kulistego, wielkości sporego orzecha włoskiego, mieści się w części tylnej komory III-ciej wystając z niej ku tyłowi i uciskając na pień mózgowy, który jest mocno spłaszczony. Nowotwór ten wytworzył sobie gniazdo w mózgu odciskając na boki wzgórki wzrokowe, a ku dołowi i tyłowi płaszcząc szyszynkę i wzgórki czworacze. Nowotwór wyrastał z naczyniówki komory III-ciej zaś z tkanką mózgową posiadał tylko luźne połączenie i dawał się łatwo wyłuszczyć. Powierzchnia nowotworu nierówna guzkowata, spoistość znaczna, budową przypominał śródbłoniak, badanie histologiczne nie zostało jeszcze ukończone.

4. Pieńkowski. — *Chronaksja (odczyt, ukaże się w całości w druku).*

POSIEDZENIE Z DNIA 19.6. 1926 (58-e).

1. Herman i Simchowicz. — *Obustronne porażenie ner. VII prawdopodobnie na tle nagminnego zapalenia mózgu.*

Chory Szu..., l. 30, nauczyciel, przybył na oddział D-ra Flatau'a 26 maja 1926 r.

Wywiady rodzinne bez znaczenia. W r. 1926 przebył katar szczytów płucnych.

Obecna choroba od 3 tygodni, T. do 38 8^{0}, kłucie w klatce piersiowej; po 3 dniach spadek ciepłoty; po tygodniu ponowne wzniesienie i stan podgorączkowy w ciągu kilku dni. W 6-ym dniu choroby drętwienie, mrowienie, a zwłaszcza silne palenie w środkowych częściach stóp i na podudziach. W III-im tygodniu choroby — całkowite porażenie twarzy, zaburzenia czucia. Dwojenia nie było. Przez 1 tydzień choroby sypiał dobrze, przez 2 następne, gdy gorączka spadła, — zupełna bezsenność.

Badanie *przedmiotowe* wykazało: T — 36,7^{0}, tętno — 100; całkowite porażenie obwodowe obu nerwów twarzowych, inne nerwy czaszkowe — bez zmiany. Badanie elektryczne nn. twarzowych i innych zaburzeń nie ujawniło.

Bolesności pni nerwowych i mas mięśniowych przy ucisku nie stwierdza się. Odruchy ścięgnowe i okostnowe żywe; inne — prawidłowe. Keratodermia symetryczna na stopach P. L. — płyn wodojasny; pleocytozy — niema odczyn Nonne Apelta — ujemny. Wasserman we krwi i płynie — ujemny. Mocz bez zmian — w ciągu kilku dni na oddziale stopniowa poprawa, tak iż 2-VI wszelki ślad porażenia nn. twarzowych ustąpił. Zaburzenia snu nieznaczne trwają.

Przypadek zasługuje na uwagę. Pod względem rozpoznawczym może w grę wchodzić przedewszystkiem *zapalenie wielonerwowe*. Odosobnione porażenie nn. twarzowych w schorzeniu tem należy do rzadkości; zresztą brak bolesności pni nerwowych i mas mięśniowych, brak porażeń, zaburzeń czucia, zwł. dotyku, charakter bólów raczej ośrodkowych, brak bólów szpilkowych, wzmożenie odruchów ścięgnowych, wreszcie zaburzenia żucia, zaburzenia snu, oraz przebieg — przemawiają na niekorzyść zapalenia wielonerwowego

Diplegia facialis w przebiegu *zapalenia rogów przednich* należy również do nieczęstych. Wystąpienie porażenia twarzy dopiero w III-ciu tygodniu choroby, wiek chorego, szybka, całkowita poprawa, brak zmian elektrycznych — wykluczają podłoże to w przypadku omawianym.

O zwykłem *reumatycznem* porażeniu obustronnem nn. twarzowych trudno myśleć ze względu na całokształt obrazu klinicznego (wysoka gorączka, bezsenność, zaburzenia żucia, bóle w K K dolnych).

Gorączka wysoka, szybki, lecz łagodny przebieg, ograniczenie porażeń wyłącznie do nn twarzowych, — czynią mało prawdopodobnem rozpoznanie *choroby Wernickego*.

Natomiast bezsenność, bóle o charakterze ośrodkowych, gorączka, tachycardia, zaburzenia żucia, dodatni odczyn Nonne Apelta, wskazują w dużej mierze na encephalitis lethargica, tem więcej, iż przypadki odnośne obecnie mnożą się

Autorzy francuscy (*André Tomas Rendu, Sicard, Monier-Vinard, Lepine-Régnier-Lesbroc)* zwracają uwagę na postać *obwodową* zapalenia nagminnego mózgowia tylko, że w przypadkach tych ma się do czynienia z dobrze wyrażonemi objawami zapalenia wielonerwowego. Sicard mówi o „toxinfections", lub o celulo-radiculo-nevrite" i wskazuje na dyssocjację białkowocytologiczną płynu m. rdz. u takich chorych.

Porażenie obwodowe jednostronne n. twarzowego stoi na II-em miejscu po porażeniach ocznych w nagminnem zapaleniu mózgowia. Niektóre epidemje wykazują nawet pewną predyspozycję do porażeń nn. twarzowych, jak to opisał np. Hall w Anglji.

Przypadek nasz nie jest anologiczny do przyp. opisanych we Francji, gdyż dotyczy jądrowego porażenia odosobnionego nn. twarzowych, bez udziału innych nn. obwodowych oczywista, że rozpoznanie i rokowanie może być postawione z wielkiemi zastrzeżeniami, i nasuwać się muszą te same wątpliwości, które *Sicard, Monier-Vinard, Babonneix, de Massary, Barré, Vincent* podnosili w dyskusji odnośnie do przypadku A. *Thomas i Rendu.* Tylko dalsze losy chorego mogą na rozpoznaniu zaważyć.

Dyskusja:

Bregman. — Porażenia n. VII mogą występować w nagm. zapaleniu mózgu albo w okresie ostrym, albo też w okresach dalszych jako długotrwałe; druga grupa porażeń ma rokowanie niepomyślne. Pod względem typu porażenie bywa obwodowe lub ośrodkowe. W danym przypadku mamy prawdopodobnie Enceph epidem., gdyż brak bólów i zmian elektrycznych przemawia przeciw zapaleniu nerwów. Czasem diplegia nn. VII łączy się z porażeniem spojrzenia, mianowicie przy zajęciu mostu.

Higier (sen.).

Według Higiera typ *poliecenphalitis superior* był wcale nie rzadki u nas w początkach epidemji śpiączki, tam też spotykało się bardzo często niedowłądy mięśni ocznych i twarzy. Dawna epidemja *nony* przed 40-tu laty również szła z porażeniem wszystkich mięśni ocznych i śpiączką. *Diplegia facialis* należy do rzadkości, często się kombinowała *poliencephalitis superior* z porażeniem opuszkowem. Bez dużej senności sama bolesność ogólna, pocenie gorączka i *diplegia facialis* nie wyłączają bynajmniej zwykłej *poliomyelitis Heine-Medina*, która czasem przechodzi bez śladu.

Orzechowski. — Podnosi znaczne trudności rozpoznawcze. W danym przypadku należy wziąć pod uwagę i polioencephalitis pontis postgripposa. Bezsenność i bóle stóp nie przemawiają przeciw zapaleniu nerwów. Przytacza podobny pod względem przebiegu przypadek, w którym rozpoznanie było niemożliwe: w 5-ym tygodniu wystąpiło obustronne porażenie n. VII, z przejściowym odczynem zwyrodnienia elektrycznego, niedomogą akomodacji, osłabieniem mm. skrzydlikowych i zaburzeniami smaku na końcu języka.

Herman. — Za nagminnem śpiączkowem zapaleniem mózgowia przemawia rzadkość zapalenia wielonerwowego typu twarzowego i pewne zaburzenia mowy.

2. Mikułowski. — *Przypadek „Encephalitis epidemica", powstałego w związku ze szczepieniem ospy.*

Przypadek dotyczy dziecka 13 miesięcznego Basi Cz., która w 8 dniu po szczepieniu ospy (dodatniem) zachorowała nagle 5.VI b. r. wśród gorączki 42⁰ i drgawek klonicznych. Stan gorączkowy utrzymywał się przez następne 4 dni dochodząc do 38·8. Dziecko wykazywało w tym tygodniu choroby nadmierną senność i było przez 4 dni nieprzytomne. Drgawki utrzymywały się przez 6 dni i dotyczyły lewej kończyny górnej i dolnej i lewego policzka. Oczy wykazywały oczopląs. W 5-ym dniu choroby stwierdzono porażenie spastyczne lewostronne kończyny górnej i dolnej i dolnej gałązki nerwu twarzowego. Przez cały czas zaznaczona była mierna sztywność karku przy braku innych objawów klinicznych oponowych. Płyn mózgowy niezapalny, w posiewach jałowy nie wykazywał pleocytozy W 14-ym dniu choroby dziecko naogół ma się lepiej przy utrzymujących się porażeniach, okazuje bezsenność i chimeryczność. Inteligencja, wzrok, słuch nie uległy zmianom.

Jest to pierwszy przypadek na gruncie warszawskim obserwowanego encephalitis epidemica w związku ze szczepieniem Jennerowskiem. Nie jest odosobniony, ponieważ 7.VI b. r. przybyło $1\frac{1}{2}$-roczne dziecko do szpit. Karola i Marji, które w 9-ym dniu po szczepieniu ospy zachorowało wśród objawów analogicznych.

Przypadki te są echem doniesienia autorów holenderskich Bouwdyk Bastiaanse i Terburgh, którzy w r. 1925 obserwowali 34 przypadków encephalitis epidemica wśród 240.000 dzieci szczepionych.

Dyskusja

Sterling. — Zapalenie mózgu po szczepieniu ospy bywa coraz częściej opisywane. Znane są przypadki zapalenia mózgu po szczepieniach pasteurowskich; najczęściej zajęty bywa rdzeń. Klinicznie zapalenie mózgu po szczepieniu ospy nie odpowiada „Encephalitis epidemica", ale zwykłej „Encephalitis".

Higier przypomina, że ospie usiłowano przypisywać bardzo wiele chorób przypadkowych, między innemi ostatnio nawet częstość paraliżu postępowego u syfilityków europejskich, a rzadkość u egzotycznych. *Hemiplegia spastica infantilis* poencefalityczna jest chorobą gorączkową nierzadką u dzieci, a szczepienie ospy jest bardzo częstem, a więc koincydencja obu spraw zupełnie przypadkowa nie jest wykluczona. Należy przeto mówić o związku przyczynowym jedynie wtedy, gdy mamy istotną endemję i gdy mamy pewność, że krowianka była idealnie czystą, przez obce drobnoustroje nie zanieczyszczoną. W każdym razie było w demonstrowanym przypadku pospolite zapalenie mózgu, nie zaś letargiczna postać. Co do uwagi kol. S. o analogji z wścieklizną, to ona jest bardzo daleką. Najbardziej przy tej ostatniej prawdopodobnem jest: *myeloencephalitis cytolytica* lub postać poronna *lyssae* z prognozą pomyślną.

Orzechowski.—Istnieje zapalenie mózgu po szczepieniu ospy, nie śpiączkowe.

Mikułowski. — Nazwy „Encephalitis epidemica" po szczepieniu ospy użył według *Doptera*.

3. Herman. — *Kurcze długotrwałe na tle nagminnego zapalenia mózgu.*

Chory M. C., l. 19 przybył na oddział D-ra Flatau'a 29 marca 1926 roku.

Z wywiadów rodzinnych — rodzice alkoholicy. Pacjent zawsze był zupełnie zdrów. Obecna choroba od 2 lat. Rozpoczęła się nagle kurczami początkowo w kończynie górnej lewej, po 2-ch tygodniach również w kończynie lewej dolnej. Dokładne wywiady w kierunku encephalitis leth. — wypadły ujemnie (zaburzeń snu, dwojenia, gorączki — nie było) Przed rokiem w ciągu 2 tyg. utrudnienie w oddawaniu moczu,

Badanie *przedmiotowe:* Twarz nieco maskowata, powieki nawpół przymknięte. Źrenice lewa szersza od prawej, prawa oddziaływa na światło minimalnie, lewa — niecałkowicie; na zbieżność oddziaływują, przyczem lewa gałka szybko się wyczerpuje

przy konwergencji. Dno oczu — prawidłowe. Mroczków niema. Nieznaczne porażenie obwodowe pr. nerwu twarzowego (podobno od dzieciństwa) KK., odruchy bez zmian. Wasserman we krwi i płynie — ujemny. W płynie pleocytozy brak, odczyn Nonne-Apelta, Guillain'a — ujemny.

W lewej połowie ciała z wyjątkiem twarzy widoczne są wyraźne kurcze mięśniowe, błyskawiczne, obejmujące bądź poszczególny mięsień, bądź pewną grupę mięśniową, bądź wreszcie całą połowę ciała. Stosownie do obszaru kurczów, efekt ruchowy w lewych kk jest różny. Np. nagłe szarpnięcie barkiem lewym ku przodowi, przy jednoczesnem nagłem zgięciu kończyny w łokciu; innym razem spostrzega się silny skurcz w lewych mięśniach brzusznych i lewym mięśnie zębatym przednim, naskutek czego pępek zostaje raptownie przeciągnięty ku stronie lewej i t. d.

Przypadek ten zasługuje na uwagę, gdyż takie długotrwałe kurcze mięśniowe w następstwie nagminnego zapalenia mózgu w stosunku do stanów parkinsonowskich nie są zbyt częste, a powtóre — że względu na niepostrzeżony przez chorego ostry okres choroby.

4. Arkin i Sznajderman. — O oczopląsie wzrokowo-ruchowym (referatu nie dostarczono).

Dyskusja:

Szwarc. — Oczopląs wzrokowo-ruchowy opisano 125 lat temu. Oczopląs błędnikowy obrotowy to zmodyfikowany oczopląs oczno-ruchowy. U królika, głuchoniemych i ociemniałych istnieje oczopląs czysto ruchowy. Odległość niezbędna dla powstawania oczopląsu oczno-ruchowego zależy od siły wzroku. Symulację ślepoty doskonale wykrywa się badaniem oczopląsu oczno-ruchowego. Co do hemianopsji wyniki badań są rozbieżne, co zależy prawdopodobnie od siedliska uszkodzenia.

Higier zwraca uwagę co do zachcwania się oczopląsu kolejowego względem hemianopsji na pewne analogiczne zachowanie się niedowidzenia połowiczego korowego i podstawnego (*hemianopische Pupillenstarre Wernickego* przy zajęciu szlaku wzrokowego). Co się tyczy zachowania się plamki, żółtej, to Higier zwraca uwagę na nowsze prace *Goldsteina i Sella*, zasadnicze dla optyki psychofizjologji, według których w pewnych razach wytwarza się nowa plamka żółta na obwodzie (*Pseudofovca centralis)*.

Orzechowski. — Klinicznie stosujemy badanie oczopląsu po ruchu, a więc jest to oczopląs ruchowy, obrotowy.

Arkin. — Sztuczna hemianopsija nie daje odczynu oczno-ruchowego. Fiksacja wzroku znosi oczopląs oczno-ruchowy. Chodzi tu o złożony odruch.

5. Sterling. — Przypadek synkinestezji ruchowo-dziewiękowej w połowiczym kurczu twarzy

Przypadek dotyczy 58-letniego mężczyzny, u którego przed 4 laty powstał połowiczy kurcz twarzy lewostronny. Kurcz ten nasilał się stopniowo i trwa dotąd bez żadnej zmiany. Niemal od początku jego istnienia przy każdem kurczowem zamknięciu lewej szpary ocznej i skurczu lewej połowy twarzy chory odczuwa w lewem uchu sensację dziwiękową, przypominającą uderzenie młoteczkiem po gumie. Sensacja ta jest ściśle synchroniczna ze skurczem twarzy. Objaw ten jest identyczny z opisanym przez autora w obwodowem porażenia twarzy objawem synkinestezji ruchowo-dźwiękowej. Przed 4 tygodniami nagle wystąpiło wydzielanie płynu mózgowo-rdzeniowego przez nos, które trwało przez 2 dni w tym krótkim okresie objaw synkinestezji ruchowo-dziwiękowej był nieobecny. Zdjęcie Rentgenowskie wykazało zniszczenie lewych skrzydeł kości

klinowej. Brak bólów głowy i jakichkolwiek objawów ze strony nerwów czaszkowych. Przypadek będzie ogłoszony szczegółowo na innem miejscu.

6. Leśniowski. — O wartości klinicznej odczynu benzoesowego. (Odczyt przeznaczony do druku).

Dyskusja:

Bychowski (Sen). — Zapytuje czy są przypadki rozsianego stwardnienia potwierdzone anatomicznie

Leśniowski. — W jednym przypadku bez zmian anatomicznych swoistycb dla rozsianego stwardnienia odczyn Guillain'a był dodatni.

POSIEDZENIE Z DN. 18. 9. 1926 (59-te).

Prezes przypomina o mającym się odbyć 25-letnim jubileuszu ś. p. D-ra Biegańskiego w Częstochowie i prosi o wzięcie w nim udziału członków T-wa.

Prezes wita gościa z Zurychu Prof. Minkowskiego, obecnego na posiedzeniu.

1. Stępień. — *Napady stężenia pochodzenia pozapiramidowego.* (Z kliniki chorób nerwowych Prof. Orzecohwskiego).

Przypadek dotyczy 14-letniego chłopca, który przed 2 laty zapadł na typowe nagminne zapalenie mózgu z czkawką, podwójnem widzeniem, bezsennością w nocy a sennością w dzień i niepokojem. Bezsenność i niepokój utrzymują się przez cały czas trwania sprawy chorobowej.

W ostatnich miesiącach dołączyły się halucyjnacje słuchowe oraz napady, polegające na wyprężaniu się tułowia i szyi. Przytomność w czasie napadu zachowana. Od kilku miesięcy wystąpił również garb.

W klinice stwierdzono: wzmożenie napięcia mięśniowego w kkd. oraz wzmożenie odruchów antagonistycznych w zakresie tylko pojedyńczych mięśni kkg, nieprawidłowe ustawienie tułowia i miednicy w chwilach wolnych od napadów, polegające na podaniu tułowia i przegięciu miednicy naprzód, garb i skrzywienie boczne w części grzbietowej i lekką rotację kręgosłupa, brak natomiast zmian w nerwach czaszkowych, ze strony kk. brak parez, objawów piramidowych i zaburzeń czucia.

Napady chorego obserwuje się prawie tylko w pozycji stojącej, pojawiają się co kilkanaście sekund, trwają 3—5 sekund i można je podzielić na dwie fazy. W pierwszej fazie przykłada rękę prawą do górnej części mostka, łokieć pr. zgina pod kątem ostrym unosi barki ku górze i przywodzi je do szyi, prawie jednocześnie następuje przegięcie głowy ku tyłowi i ku stronie l. extensja tułowia, zaciskanie powiek i warg i rozgięcie kkd w stawach kolanowych. W drugiej fazie ma się do czynienia ze zgięciem tułowia ku przodowi i ku str. pr., poczem następuje toniczne przejście do pozycji wyjściowej i pauza. Dewjacji gałek ocznych nie obserwuje się. Podczas napadu nie może mówić, ma wstrzymanie oddechu, po napadzie śpieszne głośne i sapięce oddechanie. Chory może wolą wstrzymać na krótko napady. W pauzach między napadami stale lekki niepokój.

Po inj. 1/4 mlgr. hyoscyny niepokój nasilił się, natomiast napady chorego ustały, co najwyżej obserwowano szczątkowe napady, polegające na tonicznem rozginaniu karku. Po 2 dniach napady wróciły w typowej swej postaci.

Dyskineza w przypadku tym pod wielu względami przypomina kurcz torsyjny zwłaszcza swą zależnością od pozycji stojącej, od którego różni się tem, że szczegół torsyjny jest słabo wyrażony. Natomiast o wiele bliższem jest zaburzenie ruchowe w tym przypadku ruchom megasynkinetycznym ze względu na zmiany ułożenia, jakie

przyjmuje pr. kg. oraz ze względu na to, że chory może panować poniekąd nad swemi zaburzeniami ruchowemi, różni się jednak od nich tem, że głównie bierze w ruchach udział tułów i szyja a nie kk., że istnieje wybitna zależność od pozycji ciała i że wreszcie u chorego pojawiły się ruchy w $1\frac{1}{2}$ r. po ostrej fazie, gdy natomiast ruchy synkinetyczne duże zwykle występują znacznie wcześniej w okresie przejściowym. Te wszystkie jednak odmienne cechy nie mają znaczenia zasadniczych różnic.

2. Messing. — Przypadek wieloogniskowego stwardnienia naśladujący guz rdzenia (będzie ogłoszony in extenso w Polskiej Gazecie Lekarskiej)

Dyskusja:

Koelichen. — Sądzi, że zatrzymanie lipiodolu można by uzależniać od obrzęku tkanki na wysokości największych zmian zapalnych.

Bau-Prussakowa. — W dwóch obserwowanych przypadkach guza rdzenia lipiodol nie zatrzymał się na oczekiwannej wysokości. Zatrzymanie się lipiodolu przy braku guza należy tłomaczyć stanem zapalnym.

Orzechowski. — W przypadku przedstawionym twardówka i opony miękkie przedstawiały się makroskopowo i przy badaniu histologicznem prawidłowo. A jednak musiała być jakaś przyczyna tego zatrzymania się lipjodolu na niezmiennej wysokości do dnia śmierci, więc przez około dwa tygodnie. Przypuszczenie zlepów tak delikatnych, że mogły uledz przeoczeniu jest mało prawdopodobną hypotezą, w takim razie byłoby niezrozumiałe, czemu te zlepy pajęczynówkowe na tak długo zatrzymały lipiodol, a dwukrotnie przepuściły bez trudności powietrze. Raczej należy przyjąć miejscowe surowicze zapalenie opon ograniczone, lecz nie zrostowe, na wysokości odcinków rdzeniowych sąsiadujących z przekrojem zajętym w myśl objawów klinicznych. Lipiodol „cięźki" ma ciężar gatunkowy nieznacznie tylko wyższy od ciężaru gat. płynu m.—rdzeń. W krytycznym obszarze podpajęczynówkowym napotkał jednak na płyn zapalny, więc cieższy od prawidłowego i cięższy gatunkowo od siebie. Zatem musiał osiąść na jego powierzchni. Temu tłumaczeniu można zarzucić, że płyn patologiczny miesza się zresztą płynu prawidłowego, z którym przecież — wobec braku zrostów — komunikuje, i w skutek tego przybiera cechy chemiczne zbliżone do prawidłowego płynu. Widocznie jednak tak nie jest, skoro lipiodol warstwy patologicznej nie przebił, a to na skutek tego, że przemieszanie nie dokonuje się w intenzywniejszej mierze przy nikłej sile prądów w cieczy m.—rdz., albo też ponieważ do obszaru chorych przestrzeni napływa ciągle świeży zapalny płyn z naczyń na miejsce przemieszanego. Objawy zajęcia przekroju rdzenia musiały być w związku z zapaleniem surowiczem opon miękkich na tejże wysokosci, i to niekoniecznie na skutek ucisku wywieranego na rdzeń.

Messing. — Największe zmiany w rdzeniu odpowiadały miejscu zatrzymania się lipiodolu. Lipiodolu dolnego nie można było zastosować, gdyż chora zmarła.

Higier zwraca uwagę, że już dawno anatomo-patologowie stwierdzali nie rzadko zmętnienia i zgrubienia opon rdzeniowych osobników zmarłych skądinąd od chorób organicznych, nic wspólnego z układem nerwowym nie mających. Przypuszczać należy, że pewno odsetka polysklerotyków wykazuje ograniczone zgrubienia i zbliznowania opon i w tych miejscach się też zatrzyma lipiodol i utrudni rozpoznanie różniczkowe między guzem oponowym a stwardnieniem wieloogniskowem. Specjalnie na zrosty zapalane w oponach miękkich przy ostatniem cierpieniu zwracał uwagę przed laty kilkunastu *Schmalz* u *Obersteinera.*

Higier: Rzadka postać Encephalitis lethargica.

Analiza przypadku przewlekłej śpiączki nagminnej, przez długie lata rozpoznanej w Anglji, Francji i Szwajcarji, a ostatnio i u nas jako histerja, gościec przewlekły, psy-

chopatja, *torticollis spastica*, zakwalifikowana do interwencji chirurgicznej Przypadek przypomina spostrzeżenie, demonstrowane przez prelegenta w okresie wojny jako porażenie skurczowe rzekomo natury pozapiramidowej, we Francji znane pod nazwą type facio-linquo-masticatrice d'encephalite. Skurcze mięśni języka, g rdzieli, przełyku, szyi i łopatki wyłącznie lub przeważnie po stronie prawej, wybitne synkinezje twarzy. Przypadek przemawia za ścisłą somatotopiką w zwojach podkorowych według odcinków ciała.

b) „Neuritis sensitiva cervicalis".

Higier, dzieląc ostre zapalenia nerwów na 3 grupy: ruchową (najczęstszą), czuciową i sympatyczną (najrzadszą), omawia bliżej czuciową postać miejscowych, ograniczonych zapaleń, pomijając postać ogólną, opisaną przezeń przed laty 30 tu jako *Pseudotabes peripherica*. Najbardziej znane są,

1. Neuritis N. cutan. femoris ext (Barnhardt-Rott).
2. Neuritis N. saphen. maj. (Ballet).
3. Neuritis N. peron. superf. (His).
4. Neuritis N. cutan. femor-int. (Remak).

Przypadek demonstrowany dotyczy 57-letniego osobnika z nader rzadką. *Neuritis sensitiva genuina* obejmującą skórę i błony śluzowe w obrębie 4 górnych nn szyjnych (twarz, czaszka, szyja), dotkniętych bólem, drętwieniem i znieczuleniem.

Dyskusja: Sterling. — Nie wyklucza „sclerosis multiplex" w 2-im przypadku

4. Koelichen. — Połowiczy zespół pozapiramidowy

Dyskusja:

Zandowa. — Bóle i drżenie przemawiają za zespołem wzgórka wzrokowego.

5. Higier (jun.) — Kilka uwag w sprawie patogenezy, diagnozy i terapji chorób seksualnych ze stanowisko neurologicznego (odczyt).

Na wniosek prezesa obecni uczcili przez pozostanię pamięć zmarłego tragiczną śmiercią członka T-wa D-ra Brauna.

POSIEDZENIE Z DNIA 16.10. 1926 (60-te).

1. Freyówna. — *Przypadek sympatomatu ucisku rdzenia kręgowego.*

Chora lat 42, zawsze zdrowa zaczęła odczuwać w marcu b. r osłabienie w obu kończynach dolnych. Skierowana przez lekarza do kliniki ginekologicznej, została poddaną operacji (extirpatio uteri) przyczem usunięto duże mięśniaki macicy. 18.V. przepisana na klinikę neurologiczną z powodu nasilającej się parezy kończyn dolnych. Bólów żadnych chora w ciągu całej choroby nie miała. Miesiączka po raz pierwszy w 17-tym r. z. prawidłowa aż do operacji.

Stan obecny z 20.V.1926. W zakresie głowy i kończyn górnych zmian niema Kurczowy niedowład kończyn dolnych po lewej większy niż po prawej, z odruchami obronnymi aż po wyrostek mieczykowaty, ze zniesieniem czucia poniżej wyrostka mieczykowatego. Odma wykazała zupełną niedrożność przestrzeni podpajęczynówkowej, próba Queckenstädta wypadła patologicznie, płyn był kanarkowy z rozszczepieniem Froin'a Wasserman ujemny. 2.VI. wstrzyknięty lipiodol podpotylicznie zatrzymał się na stałe pomiędzy D_5—D_6, 8.VI. zaś wstrzyknięty lipiodol wstępujący zatrzymał się na D_8.

Z rozpoznaniem guza zewnątrzrdzeniowego rozciągającego się od D_5—D_8 skierowaliśmy chorą do operacji (Dr. Sławiński). Po otwarciu twardówki okazała się opona miękka na całej odsłoniętej przestrzeni obrzękła, zmętniała i zasiniała, a po jej wycięciu stał się widocznym rdzeń spłaszczony, uciśnięty od strony lewej przez guz o konsystencji bardzo miękkiej. Przy łyżeczkowaniu wyłaniał się guz od przedniej po-

wierzchni rdzenia, powoli częściami. Doszczętne usunięcie guza okazało się niemożliwem. Bezpośrednio po operacji wystąpiło wiotkie porażenie obu kończyn dolnych, a po 10 dniach wróciły ruchy wcale wydatne w prawej kończynie, powróciły odruchy ścięgniste i obronne i zjawiła się obustronna przeczulica. Obecnie ruchy samoistne w kończynie prawej wszystkie zachowane i to z siłą wcale dobrą, natomiast w kończynie lewej możliwe tylko w małym zakresie. Objawy kurczowe wszystkie obecne. Czucie powierzchniane po stronie prawej zniesione aż po wyrostek mieczykowaty, po lewej istnieje na przeważającej przestrzeni przeczulica, zresztą obniżenie. Czucie głębokie zniesione obustronnie aż do stawu biodrowego. Mocz oddaje prawidłowo. Po naświetlaniach promieniami Röntgena nie nastąpiła wybitniejsza poprawa. Badanie histologiczne wykazało, że guz składa się z licznych komórek drobnych, przypominających limfocyty o dobrze barwiącem się jądrze i skąpej pierwoszczy. Komórki te układają się miejscami wieńcowato około przestrzeni wypełnionych włókienkami nie barwiącymi się ani hematoksyliną ani fuksyną, tworząc torebki otoczone na zewnątrz tkanką łączną. Ten układ w postaci torebek identycznych pod względem wyglądu z komórkami sympatogonicznemi w okresie embryonalnym, jest charakterystyczny dla sympatomatów. Na zasadzie stwierdzenia wyżej opisanych torebek można wykluczyć mięsaka.

Sympatomaty występują zazwyczaj w wieku poniżej lat 12, i mogą być dwojakiego rodzaju: 1) s. sypatogonicum wykazujący układ torebkowy i 2) s. sypatoblasticum w którym układ ten się zaciera, natomiast spotyka się komórki zwojowe i włókna nerwowe Guzy te wychodzą ze sznura sympatycznego. Mają one charakter złośliwy. Odnośnie do naszego przypadku, należy podkreślić wystąpienie guza u osobnika w wieku dojrzałym i istnienie jego w zakresie kanału kręgowego.

W związku z sympatycznem pochodzeniem guza należy zwrócić uwagę na hypertrichozę chorej na twarzy, na areola mammae, na kończynach, pośladkach i około części płciowych o typie męskim. Jeżeli obok tego uwzględnimy dość nizki głos, mamy obraz zbliżony do wirilizmu. Według prac *Polla*, *Wiesla*, *Zuckerkandla* i innych. z pierwotnej komórki macierzystej t. zw. sympatogonji wytwarzają się obok komórek zwojowych sympatycznych, także komórki chromafinowe stanowiące istotę rdzenną nadnerczy i których skupienia są porozrzucane wzdłuż całego sznura sympatycznego, Z drugiej strony wiemy, że wirilizm jest jednym z zespołów powstających na tle nadczynności nadnerczy. Ponieważ w naszym przypadku nie mamy dowodu na istnienie guza nadnerczy, możemy przypuścić tylko tego rodzaju związek między wirilizmem chorej, zresztą oddawna istniejącym, a sypatomatem rdzenią, że wadliwe założenie układu sympatyczno-chromafinowego, wpłynęło z jednej strony na wadliwe ukształtowanie się tej wtórnej cechy płciowej jaką jest uwłosienie z drugiej zaś strony stało się punktem wyjścia dla bujania nowotworowego z utrzymanych w stanie embryonalnym sympatogonji.

Dyskusja:

H i g i e r zwraca uwagę na kilka pominiętych w pracy F. szczegółów:

1) Stan chorej zaczął się poprawiać, mimo iż przez pierwsze 10 dni pooperacyjnych było zupełne porażenie wiotkie kończyn z arefleksją, co uważanem bywa w klinice za *signum mali ominis*.

2) Poprawa postępuje z każdym dniem mimo iż guz złośliwy został usunięty tylko częściowo.

3) Punkt wyjścia sympatomatu, nie koniecznie musi być w paśmie pogranicznem, ale może też wyjść guz ze zwojów przykręgowych lub z tkanek sympatogennych przy— lub wewnątrz rdzeniowych.

4) Pewne objawy kliniczne natury endoglandularnej (wirilizm) nie wykluczają możliwości jednoczesnago guza w substancji chromochłonnej nadnercza, będącej w embryologicznem pokrewieństwie z elementąmi współczulnemi.

Koelichen. — Początek nowotworowi mogło dać kilka komórek wędrownych, które nie wywędrowały z kanału rdzeniowego.

Freyówna. — Prognoza w danym wypadku jest zła, gdyż guz usunięto tylko częściowo. Histologiczna budowa sympatomatu jest taka sama jak hypernefromatu.

2. Krakowski.—*Mimowolne kurcze języka i podniebienia pośpiączkowe* (brak streszczenia).

Dyskusja:

Higier wobec tego że prelegent cytował jednego autora, który omawiał analogiczne spostrzeżenie, wspomina w własnym przypadku demonstrowanej przed miesiącem postaci skurczowo-wrzekomoopuszkowej, odpowiadającej typowi facio—linguo — masticatrice autorów francuskich, przez szereg, lat rozpoznawanej błędnie przez powagi europejskie jako nietypowe *terticollis spastica* i zakwalifikowanej do interwencji chirurgicznej.

3. Herman. — *Pokaz przypadków złogów wapnia w mózgu* (brak streszczenia).

4. Sterling.— *Przypadek choroby Quincke'go z objawami tężyczkowemi* (brak streszczenia).

Dyskusja:

Pocz. — Przytacza przypadek Quincke'go z nadwrażliwością n. błędnego, wyleczoną atropiną.

Higier zwraca uwagę, że w wielu przypadkach choroby *Quincke'go* wieloletnie napady pozostawiają, o ile się obrzęk powtarza stale w jednem miejscu, chroniczny obrzęk, zniekształcający zwłaszcza okolicę warg lub powiek, przypominający obraz skóry po powrotnej róży. Wyjątkowo już pierwszy napad—jak w danym przypadku—pozostawia ślad. Zwolennicy wewnątrz gruczołowej teorji choroby *Quinckego*—i tacy się znaleźli w ostatnich latach — chętnieby się powoływali na demonstrowany przypadek, w którym adrenalina, obojętna dla towarzyszącej tężyczki, obostrzyła objawy obrzęku naczynioruchowego, co do związku którego z przytarczycą nie wiemy prawie nic.

5. Mackiewicz. — *Przypadek rozsianego stwardnienia pod postacią guza rdzenia* (brak streszczenia).

Dyskusja:

Flatau. Tak silne bóle w rozsianem stwardnieniu są bardzo rzadkie. Prócz krzyżowej postaci bólowej spotyka się postać bólowo-twarzową, z topografją bólu inną niż w nerwobólu n. V, z bólem stałym. Przypadek taki w krótkości przytacza. Obrzęki kończyn dolnych również są objawem rzadkim w rozsianem stwardnieniu, a spotykanym w guzach rdzenia. Przytacza przypadek rozsianego stwardnienia z bólem i obrzękiem stopy, trwającym 24 godziny. W przypadku demonstrowanym bóle w odcinkach grzbietowych poprzedziły o 3 tygodnie bóle w n. kulszowym.

6. Poncz.—*Przypadek zajęcia nn. wzrokowych po odrze.*

Chora G. F., l. 11, przybyła na oddz. w dn. 6.IX. 1927 r. Na 15 dni przed przybyciem do szpitala ciemno robiło się jej przed oczyma, widziała jak przez mgłę. Nazajutrz wzrok znacznie się pogorszył, ledwo odróżniała przedmioty. 3-go dnia zupełnie zaniewidziała, nie mogła odróżnić światła od ciemności Na bóle głowy nie narzekała, nie wymiotowała, kk poruszała sprawnie. Mocz oddawała sprawnie.

4 tygodnie temu przechodziła odrę. O innych chorobach nie pamięta.

Badanie objektywne układu nerwowego zmian patologicznych zarówno w dniu przybycia chorej na oddział jak i później nie wykazało.

Natomiast, co się tyczy wzroku, tu stwierdziliśmy zupełną ślepotę; chora nie odróżniała światła od ciemności, nie mogła chodzić, leżała stale w łóżku. Na dnie oczu — zatarcie granic obydwóch tarcz nerw. wzrok., wyniosłość ich — 2D, rozszerzenie tętnic i żył oraz lekkie zaróżowienie tarcz. Rozpoznano zapalenie nn. wzrokowych z zastoiną (neuritis optica ambilat. cum stasi). Wobec powyższych objawów na dnie oczu dokonano rentgenogramu czaszki, który nic nie wykazał.

W moczu — nic szczególnego. Odczyn Wassermana we krwi i pł. m.-rdz. — ujemny. W płynie 10 limf. w mm^3, NA+, Białka 0,15‰.

Po upływie 10 dni—poprawa: odróżnia światło od ciemności, liczy palce z odległości $\frac{1}{2}$ metra zupełnie nieźle, kolory odróżnia b. słabo. Hemianopsii nie stwierdza się. Sama chodzi, omija przeszkody. Dno oczu — zatarcie tarcz n. wzrokowego bez wyniosłości, rozszerzenie tętnic i żył (neuritis optica).

Po 2-ch dniach znów pogorszenie: odróżnia tylko światło od ciemności.

Po 22 dniach pobytu w szpitalu t j. 28 IX.1926 r. — znów poprawa, która stale postępuje naprzód — liczy palce z odległości 1 metra, poznaje przedmioty, odróżnia nieźle barwy, sama chodzi.

Badanie dna oczu — ustępujący neuritis z nieznacznem zblednięciem tarcz Reakcja źrenic na światło prawidłowa.

W danym przypadku mamy do czynienia z zapal. n.n. wzrokowych po odrze, wywołanem zadziałaniem toksyn odrowych —przyczem wykluczamy na podstawie badanic klinicznego i przebiegu choroby — wodogłowie, guz mózgu i inne cierpienia mózgowe, które mogły by tutaj wchodzić w grę.

POSIEDZENIE Z DNIA 20. 11. 1926 (61-e).

1. H e r m a n. — *Biplegja facialis encephalitica* (brak streszczenia).

Dyskusja:

B r e g m a n. — Zdarza się rzadko, pochodzenie porażenia nie jest jasne. Klinicznie bóle o typie korzonkowym mogą służyć jako dowód popierający rozpoznawanie porażenia obwodowego. O ile bóle poprzedzają ruchy myokloniczne, są zapewne pochodzenia z istoty szarej. Naogół porażenia n. VII w nagminnej śpiączce są pochodzenia ośrodkowego, (centralnego), gdyż brak zmian elektrycznych i inne nerwy są zazwyczaj porażone centralnie.

O r z e c h o w s k i. — Nie spostrzegał trwałych objawów polineurytu w śpiączce nagminnej. Objaw Schrijver'a jest rzadki w schorzeniach pozapiramidowych; w danym przypadku dodają się kurcze w miarę drażnienia.

H e r m a n. — Francuzi mowią o mieszanym typie porażeń nerwów obwodowych w śpiączce nagminnej. Objaw Schrijver'a nie jest bezwzględnie stałym w sprawach pozapiramidowych.

2. F r e y ó w n a. — *Przypadek: Osteoarthropatiae vertebralis tabidorum.* (Z Kliniki Neurologicznej).

Chory lat 45, przechodził przed 20 laty kiłę. Objawy wiądowe stwiardzone w roku 1915, nasiliły się w 1920 tak, że chód zaczął sprawiać choremu pewną trudność W listopadzie r. 1923, upadłszy na ulicy, doznał przez chwilę silnego bólu w dolnej części kręgosłupa. W styczniu 1924, wystąpił stały silny ból w dolnej części kręgosłupa i w zakresie prawego nerwu kulszowego. Ból ten bardzo silny, odmienny od bólów strzę-

lających utrzymuje się z małymi remisjami dotąd Od kilku tygodni znaczne pogorszenie. Do ostatnich czasów chodzi po pokoju, choć z wielką trudnością.

Stan obecny. źrenica lewa szersze od prawej. Obustronny objaw Argyll-Robertsona. Siła kończyn dobra. Niezborność mierna na kończynach górnych, wybitna na dolnych. Romberg silnie dodatni. Czucie głębokie obniżone na palcach rąk i na kończynach dolnych, do stawu biodrowego włącznie. Zaburzenie czucia powierzchnianego o charakterze korzonkowym, przedstawia jużto obniżenie wszystkich rodzajów, jużto przeczulicę na ból z opóznieniem. W pozycji stojącej uderza wybitna lordoza, której towarzyszy skolioza w prawo wypukła. Lordoza zaczyna się na wysokości D_4, ku dołowi staje się coraz silniejszą, a na wysokości L_3 jest tak znaczną, że wcale nie wymaćuje się kręgu. Znaczne wystawanie wyrostka ościstego macalnego tuż poniżej L_3 i tworzącego ostry garb. Klatka piersiowa skręcona dokoła osi długiej, łuki żebrowe zachodzą silnie na, względnie pod talerze biodrowe. Fałd poprzeczny brzucha skróconego, w górnej części. Wskutek zniekształcenia wysokość chorego zmniejszyła się o 14 cm. Na röntgenogramach widać zniszczenie i odwapnienie 3 dolnych kręgów lędźwiowych, zlanych niemal w jedną masę, o nierównych konturach, zwężenie jużto zanik szpar międzykręgowych i olbrzymie wybujałości kostne przykręgosłupowe. W płynie mózgordzeniowym nie stwierdza się zmian uciskowych. Wasserman we krwi i w płynie ujemny.

Streszczając widzimy, że chory z dość daleko posuniętym wiądem, wykazuje znaczną zmianę w dolnym kręgosłupie lędźwiowym, która wystąpiła prawdopodobnie w 1923 r. po słabym urazie. Wśród tych zmian uderza jako najbardziej nasilona i niezwykła spondylolistesis 3-go kręgu lędźwiowego. Spondylistesis i ossyfikacje parawertebralne są charakterystyczne dla sprawy, którą w danym przypadku rozpoznajemy, dla osteoartropatji kręgowej na tle wiądu.

Pod względem anatomo-patologicznym sprawa rozwija się w ten sposób, że z początku powstaje osteoporoza kręgów, w następstwie której przychodzi do spłaszczenia najbardziej zmienionych kręgów, co powoduje wytwarzanie się skrzywienia tylnego, bocznego, względnie tylno-bocznego. Często powstaje samoistne złamanie kręgu osteoporotycznego i wtedy zniekształcenie nagle wybitnie się nasila. Równocześnie dokonujące się zmiany zanikowe w tarczach międzykręgowych i stawach, mogą powodować zwichnięcie kręgu ku przodowi przez co wytwarza się przy równoczesnem złamaniu łuku kręgowego wyżej wspomniana spondylolistesis, bardzo rzadko zresztą spotykana. Obok procesów zanikowych dokonują się też i procesy przerostowe na wolnych powierzchniach kości, w więzadłach, w torebkach stawowych, a nawet oddzielnie od kręgosłupa w przylegających mięśniach. Proces ten prowadzi do t. zw. ossyfikacji parawertebralnej, patognomonicznej dla osteoartropatji wiądowej. W piśmiennictwie pierwszy zwrócił uwagę na tę rzadką sprawę *Charcot*, pózniej klasyczny jej opis ze szczególnem uwzględnieniem spondylolistezy podał *Krönig*, poczem pojawiły się już liczniejsze publikacje. W ostatnich latach kilka analogicznych przypadków ogłosił *Roger* wraz z współpracownikami.

Co do terapji, to wskazanem jest usztywnienie kręgosłupa przez gorset, który przeciwdziała dalszemu ześlizgiwaniu się kręgów.

Dyskusja:

O r z e c h o w s k i zwraca uwagę na ataksję jednego oka obecną u tego chorego. Polega ona na nieprawidłowem migotliwem wychyleniu, które pojawia się czasami podczas rozmowy, przy nastawianiu oczu i w pierwszej chwili przy czytaniu. Ch. chodzi gorzej, gdy ma oko ataktyczne otwarte, a drugie zamknięte.

Temler. — Podkreśla trudności rozpoznawcze we wczesnym okresie. Rokowanie jest złe. Konieczna jest proteza w postaci gorsetu.

Higier (sen.) zwraca uwagę, że pierwsze dokładne studja nad spondylolistezą zawdzięczamy polskiemu ginekologowi *Neugebauerowi* Jego wszystkie przypadki dotyczą kobiet, nigdy zaś mężczyzn, w etyologji u niego grają rolę urazy i sprawy zapalno-degeneracyjne w chrząstce międzytrzonowej, Ciekawem byłoby zbadanie dawnego materjału co do obecności wiądu, którego nie umiano jeszcze wówczas należycie rozpoznawać

Freyówna, — Przypadki opisane przez Neugebauera dotyczą zmian wrodzonych, bez zmian rozpadowych. Cytowane przez Neugebauera przypadki Kreniga są istotnie przykładami spondylolistezy.

3. Stępień. — Epilepsja myokloniczna ze szczególnem nasileniem i usadowieniem odczynów dotykowo-klonicznych.

Przypadek dotyczy 33-letniej panny, pochodzącej z rodziny psychopatycznej. W końcu 1925 r. wystąpiły typowe napady padaczkowe. W początkach 1926 r. chora zauważyła przy chodzeniu drganie w pr. k. d., podrywające nogę, występujące nagle i utrudniające chodzenie Od tego czasu datują się krótkotrwałe kurcze toniczne, niebolesne w ostatnich 4-ch palcach prawej stopy, W kilka miesięcy po tych objawach zauważyła nagłe, błyskawiczne ruchy w pr. k. g., powodujące wypadanie przedmiotów z ręki. Przed kilku laty prawie zupełnie zaniewidziała na prawe oko. Stan obecny. Chora ma nieco wzmożoną skłonność do pocenia się, ręce, stopy są stale sinawoczerwowe. W klinice obserwowano wzmożoną skłonność do snu. Neuritis retrobulbaris na pr. oku oraz obustronna zaćma początkowa. Wszystkie manipulacje dotykowe na palcach i stopie pr., zwłaszcza od podeszwowej strony, a nadto opukiwanie podudzia pr w jego dolnej części wywołują szybkie wybitne zgięcie 4-ch ostatnich palców, niekiedy także zgięcie palucha, przytem często występuje lekkie przywiedzenie, odwrócenie i zgięcie podeszwowe stopy pr. Gdy objaw ten jest silnie zaznaczony, dołącza się zgięcie w biodrze i w kolanie. Ruch odczynowy jest szybki, czasem klonicznodrżący, dość często przechodzi w przetrwałe toniczne ustalenie, Trwałe dotknięcie palców wywołuje nieustające ruchy odczynowe. Ruchy dowolne palcami utrudnione z powodu ruchów odczynowych. Silny ucisk, ruchy bierne, ciepło i zimno nie wywołują tych objawów. Jeżeli chora siedząc lub stojąc sama dotknie się palcami podłogi, wówczas obok ruchu opisanego występuje błyskawiczne zgięcie w kolanie i w biodrze, przyczem w pozycji stojącej chora przechyla się, może upaść. Chodzi powoli z powodu obawy wywołania ruchu reaktywnego. Objawy te dają się wywołać także z k d. l., na którą chora się nie skarży, tylko w słabszym stopniu. Przy pocieraniu lub uderzaniu w dłoniową część opuszek palców rąk występuje kloniczny ruch odwiedzenia i wyprostowania, a potem zgięcie palców. Przytem jest jakiś ruch tak błyskawiczny, że prawie nieuchwytny zgięcia w łokciu i odwiedzenia w barku.

W klinice obserwowano, że powyższe objawy w pewne dni słabną, niekiedy występują w większem nasileniu.

Mięśnie opuszkowe łącznie z twarzą wolne są od drgawek. Nigdy nie obserwowaliśmy drżeń wiązkowych ani fibrillarnych. Pobudliwość mechaniczna nerwów i mięśni prawidłowa.

Pozatem status neurologiczny ujemny,

W przypadku tym kombinacja ruchów odczynowych klonicznych z napadami padaczkowemi usprawiedliwia rozpoznanie epilepsji myoklonicznej Unverrichta-Lundborga, jako jedynego obrazu chorobowego, w którym napotyka się zespół tych dwóch kardy-

nalnych objawów. Brak odczynów psycho- i sensoklonicznych tłómaczy się tem, że obraz chorobowy jest jeszcze nierozwinięty. Jako objawy dotąd nie spostrzegane w epilepsji myoklonicznej należy wymienić: neuritis retrobulbaris i obustronną zaćmę początkową. Zasługuje na uwagę największe nasilenie wrażliwości odczynowej powierzchni dłoniowopodeszwowej końców palców, charakter ucieczkowy odczynu i odmienność od odruchu obronnego zwykłego. Ze znanych odruchów ruch odczynowy na d. k. k. przypomina najwięcej silnie nasilony odruch Schrijvera. Reakcje z najbardziej zajętej pr. nogi wywołują równocześnie przykry afekt. Cierpienie ma u chorej charakter postępujący i przebiega wśród nasilającej się z czasem depresji.

Dyskusja.

H i g i e r (sen.) zgadza się z prelegentem, że jest to padaczka i że ma cechy jednoczesne myoklonji, nie zaliczałby jej mimo to do tej grupy, którą *Unverricht* opisał w swoim czasie pod tą nazwą, co *Lundborg* pod tąż nazwą potwierdził i co on sam przed laty u 3-ch braci demonstrował. Przypadek ten jest ciekawym przyczynkiem do powstawania egzogennego drgań klonicznych u epileptyków.

O r z e c h o w s k i: Myoklonję u chorej odkrywa się dopiero przy badaniu dotykowem. Przypadków poronnych najczęściej się nie rozpoznaje, bo się nie myśli o ich możliwości. Podnosi swoistość zmian anatomicznych, przypuszczalne usadowienie myoklonji jako takiej w jądrze zębatem, doniosłość objawu myoklonji dla patogenezy wyładowań epileptycznych (Zatrucia kamforą bromową *Muskens*).

Przewodniczący podaje do wiadomości zebranych o śmierci wielkiego uczonego ś. p. Emila Kraepelina, którego pamięci poświęca swe przemówienie.

Obecni uczcili pamięć jego przez powstanie.

4. H i g i e r (sen.) — *Emil Kraepelin a psychjatrja kliniczna i psychologja eksperymentalna* (odczyt) (brak streszczenia).

POSIEDZENIE Z DNIA 18.XII.1926. (62-ie).

1. S z n a j d e r m a n. — *Jamistość rdzenia u dziecka.*

Chora lat 6, w 4-m miesiącu życia — nagminne zapalenie opon mózgowych. W 9-m mies. zaczęła chodzić, mówić dopiero w 15-m. W 3-m roku życia ojciec spostrzegł, że chora trzyma głowę stale przechyloną na bok. Rok temu — szkarlatyna; od tego czasu — osłabienie prawej górnej kończyny i zaburzenia czucia: chora parzyła się często, nie płacząc przytem.

Badanie przedmiotowe. W narządach wewnętrznych nic szczególnego; pozatem asymetrja twarzy i uszu na niekorzyść lewej strony; bardzo rozległe znamię naczyniowe za uchem prawem od urodzenia, skrzywienie boczno-tylne szyjno-grzbietowej części kręgosłupa; w związku z tem — przechylenie głowy na lewo i wypuklenie prawej połowy klatki piersiowej. Głównie jednak zwraca uwagę różnica w objętości obu kończyn górnych na korzyść prawej strony. Różnica ta, nieznaczna w ramieniu, staje się największą w ręce, zwłaszcza w średnich członeczkach palców. Powiększenie kończyny zależy przedewszystkiem od przerostu części miękkich, głównie tkanki podskórnej, również jednak powiększone i nieco rozdęte są kości na rentgenogramie przy niewątpliwych objawach zaniku beleczek kostnych, istoty gąbczastej i zbitej. Zresztą: węższa szpara powiekowa z lewej strony z zapadnięciem tejże gałki ocznej, osłabienie siły mięśniowej pr. kończyny górnej, zmniejszenie napięcia z tej strony, odruchy ścięgnowe słabe, okostnowe zniesione, czucie głębokie i powierzchniane zniesione na wszystkie rodzaje po prawej stronie, w górnej kończynie, na połowie szyi, na klatce

piersiowej do podżebrza. Odruchy brzuszne zniesione. Niedowład z obustronnym objawem Babińskiego. Płyn m.-rdz. bez zmian. Odczyn Wessermann'a we krwi i płynie m.-r. ujemny. Rentgenogram kręgosłupa wykazał jedynie skrzywienie jego szyjno-grzbietowej części.

Przypadek zademonstrowany jest ciekawy z tego względu, że cierpienie u naszej chorej rozpoczęło się najprawdopodobniej w 3-m roku życia, co jest rzeczą niezmiernie rzadką. *Schlesinger* podaje, że na wiek do lat 10 ciu przypada około 3%, ile do lat 5-ciu—nie podaje. W dostępnej niemieckiej literaturze nie znalazłem opisu jamistości rdzenia, występującej w tak młodym wieku. We francuskiej — jeden przypadek u 6-letniej dziewczynki, co autorzy nazywają rzeczą nadzwyczaj rzadką. Przerostowe zmiany w przebiegu jamistości rdzenia również nie są częste. W naszym przypadku mamy do czynienia z makrozomją częściową, gdyż przerostowi uległa cała górna kończyna. Przypadki takie są rzadkie, m. in. podali podobny przypadek: *Guillain*, *Alajouanine*, *Périsson*, głównie z przerostem mięśni. W przypadkach t. zw. cheiro — i podomegalji powiększenie objętościowe odcinka kończyny jest naturalnem następstwem częstych i przewlekających się spraw zapalnych tkanki podskórnej, a nawet głębszej, w związku z obrażeniami zewnętrznemi, zmianami troficznemi i głębokiemi znieczuleniami. Tu sprawy te nie wchodzą w grę. Mamy prawdopodobnie do czynienia z hyperplazją tkanki łącznej pierwotną, t. j. rzeczywiście neurogenną. Jest bardzo prawdopodobne, że przebyte nagminne zapalenie opon, które w okresie niemowlęctwa mogło było dotknąć otwarty jeszcze wówczas kanał rdzeniowy, było jednym z decydujących czynników tak wczesnego ujawnienia się jamistości.

Dyskusja:

Zandowa. — Spostrzegała przypadek nagminnego zapalenia opon u 14-letniej dziewczyny, u której w 3 lata potem wystąpiły objawy jamistości rdzenia.

Bychowski. — Odrzuca związek przyczynowy między zapaleniem opon a jamistością rdzenia.

Orzechowski. — Dziecko przyszło prawdopodobnie na świat ze skłonnością do jamistości rdzenia, jednak na skutek zapalenia opon komórki przykanałowe zostały wcześniej pobudzone do bujania.

Higier (sen). — Zastanawia się nad przyczynami, ujawniającemi cierpienia wrodzone dopiero w wieku późniejszym.

2. Tyczka. — *Ognisko pokrwotoczne w czepcu szypuły.*

Prelegent przedstawia chorą l. 69, która zachorowała przed 2 miesiącami z utratą przytomności. W 24 godz. później odzyskawszy przytomność mówiła z trudnością, nie mogła władać k. k. prawemi i podwójnie widziała. W tym czasie stan przedmiotowy był następujący: Chora zamroczona, narządy wewnętrzne bez zmian. Źrenica pr. < l., obie na światło nie oddziaływują, natomiast na przystosowanie wcale dobrze. Gałki oczne na boki poruszają się dobrze, ruch pionowy gałek zniesiony, jednak przy biernem zginaniu głowy wprzód i wtył, gdy chora patrzy stale przed siebie na punkt nieruchomy, gałki przemieszczają się nieco. Zbieżność gałek upośledzona, przyczem przy tej próbie zrazu lewa gałka konwergowała dość dobrze, podczas gdy prawa zbaczała na zewnątrz. W następnej chwili obie gałki, zwłaszcza prawa, popadały w niepokój, polegający na ruchach wahadłowych, poziomych o dość grubych wychyleniach. To samo powtarzało się, gdy chora usiłowała na polecenie skierować gałki ku górze, w mniejszym stopniu przy próbie ku dołowi. Porażenie mięśnia skośnego dolnego lewego, niedowład dolnej gałązki n. VII i obniżenie nieznaczne słuchu po stronie prawej. Mowa trochę niewyraźna. Ze strony k. k. prawych stwierdzono niedowład kur-

czowy, większy k. g. i silnie wyrażoną ataksję po tej stronie. Zupełne zniesienie czucia na wszystkie rodzaje łącznie z czuciem ułożenia na całej prawej połowie ciała. Ze strony k. k. lewych brak zaburzeń. Badanie kaloryczne zimną wodą wykazało z lewego labiryntu normalną pobudliwość i prawidłowe odczyny, zaś ze strony ucha prawego stwierdzono obok nadmiernej pobudliwości, dewjację gałek na prawo jako wyraz utajonego niedowładu ruchów skojarzonych w stronę lewą. Nakłuciem lędźwiowem wydobyto w 5 dniu choroby płyn m. rdz. ksantochromijny o 2 krotnie zwiększonej zawartości białka, słabo dodatnim odczynie N. A. i pleocytozie (26). Wassermann w płynie i we krwi ujemny.

W 10 dni później zamroczenie ustąpiło zupełnie, mowa wyraźna. Zbieżność gałek lepsza, a drżenie gałek przy tej prôbie mniejsze. Nadto zaznaczone ruchy gałek ku górze i ku dołowi. Obecnie gałki poruszają się swobodnie tak w linji pionowej jak i poziomej, nie popadają w niepokój przy ruchu zbieżnym, odruchy źreniczne wróciły, niedowład k. k. prawie ustąpił, tylko utrzymuje się nadal niedowład mięśnia skośnego dolnego i zaburzenia czucia.

W przypadku tym naprzemienne porażenie przy zniesieniu ruchów pionowych oczu pozwala odrazu umiejscowić ognisko krwotoczne w okolicy ciał czworaczych przednich. Wobec zniesienia odruchów źrenicznych, porażenia ruchów pionowych gałek, patologicznego zachowania się ruchu zbieżnego i słabego nasilenia porażenia połowiczego, należy przyjąć pozycję ogniska w czepcu szypuły, gdzie ono zajmuje wstęgę przyśrodkową, dochodzi do obwodu bocznego, zajmując tu brach. corp. quadr. post., ku stronie brzusznej ledwie dochodzi ono do nóżki szypuły, ku wewnątrz do obwodu jądra białago, zaś grzbietowo tract. spino-thal. Objawami zaś z obwodu ogniska były z początku: zahamowanie odruchów źrenicznych, zniesienie ruchów pionowych, niedowład ruchu zbieżnego i objaw, dla którego głównie prezegent przedstawia chorą, mianowicie drgania rytmiczne konwergecyjne, a które przy sprawach organicznych należą do nadzwyczaj rzadkich. Drgania te są prawdopodobnie pochodzenia poraźnego, analogiczne do oczopląsów spotykanych przy innych niedowładach ruchów skojarzonych gałek.

3. Szpilman-Neudingowa. — *Przypadek polyneuritis recidivans* (brak streszczenia).

Dyskusja:

Bychowski. — Zapytuje czy badano krew na zimnicę, ze względu na okresowość występowania objawów polineurytycznych. Przypadki takie na tle zimnicy podali *Bernhardt, Goldstein.*

Higier (sen.). — Sądzi, że przypadki polineurytu podane w piśmiennictwie są mało przekonywujące. O ile pochodzenie sprawy nie jest jasne, zazwyczaj przypuszcza się zimnicę. Naogół przypadki te są rzadkością osobiście spostrzegał kilkakrotnie przypadki bez wyjaśnionej etiologji.

Bregman. — Wywiady w kierunku zimnicy w demonstrowanym przypadku są ujemne, zaś badanie krwi w okresie wolnym od napadu nigdy nie daje wyników pozytywnych. Polyneuritis recidivans występuje zwykle u osobników młodych, raz osobiście spostrzegał chorobę tę u starca.

Kopczyński. — Tłómaczy występowanie, w danym przypadku Babińskiego obecnością neuromyelitis ascendens.

4. Flatau i Prussakowa. — *Przypadek guza móżdżku, przebiegającego wspólnie z objawami przysadkowemi, ze zniszczeniem siodła tureckiego i z wybitnem zajęciem obustronnem mózgowia*

Chora N. J. l 21, panna przybyła do szpitala 16/XI.1926 r. Choroba rozpoczęła się w marcu b. r. od bólów głowy (w potylicy i w skroniach), występujących napadowo. Bóle te, początkowo niezbyt intenzywne, nasiliły się we wrześniu. Na początku października wystąpiło drętwienie pr. połowy twarzy, niedowład pr. nerwu VII, następnie napady ogólnych drgawek z utratą przytomności, wreszcie osłabienie wzroku. W pierwszych dniach listopada zjawiło się drętwienie l. połowy twarzy, upośledzenie żucia z pr. strony oraz prawie zupełna utrata wzroku. Od niedawna słyszy gorzej na l. ucho. Przed 4 miesiącami straciła miesiączkę. (Pierwsza miesiączka w 19 r. życia)

Badanie przedmiotowe: Wzrost nizki, budowa drobna, niedorozwój fizyczny. Tętno 96 w położeniu nawznak, w położeniu bocznem 101 — 108, w pozycji siedzącej 132. Gruczoły chłonne niepowiększone. T^0 36.6. Narządy wewn bez zmian. Mocz bez białka i cukru. Czaszka o typie hydrocefalicznym., bolesna przy opukiwaniu zwłaszcza w części potylicznej i skroniowej z obu stron. Żyły na skroniach i na czole rozszerzone. Sztywność karku. Żrenice szerokie nie reagują na światło i zbieżność. Dno oczu — zanik obu tarcz n. wzrokowych ze śladami zastoiny. Krwotoków brak. Visus o. s = O Z pr. strony widzi ruch ręki przed okiem. Ruchy gałek ocznych zachowane, Oczopląs przy spojrzeniu w str. lewą i prawą (większy w str. lewą). L. szpara oczna szersza od prawej. Zaciskanie powiek obustronnie osłabione (z l. < pr.). Osłabienie dolnej gałązki l. nerwu twarzowego. Czucie bólowe i dotykowe znacznie osłabione na pr. połowie twarzy i w obrębie śluzówki pr. połowy jamy ustnej: zniesione na języku i śluzówce jamy nosowej obustronnie. Czucie cieplikowe zniesione na pr. połowie twarzy, jamy ustnej; na języku i w jamie nosowej obustr. Odruch rogówkowy obustr. zniesiony. Przy otwieraniu ust pr. szczęka dolną zbacza w pr. str.; ruch boczny szczęki w l. str. zniesiony. Niedowład pr. żwacza. Połykanie normalne. Podniebienie miękkie unosi się przy fonacji słabiej po str. prawej. Osłabienie słuchu po str. lewej. W kończynach górnych lekka dysmetrja, (n. pr. < l.) objaw Stewart'-Holme'sa obustr. wybitnie dodatni. Wybitna asynergja. Odruchy w kończynach górnych żywe; odr. brzuszne słabe; PR i AR wzmożone. Odr. podeszwowy obustr. zniesiony.

Stan psychiczny: nizki poziom inteligencji, wybitna indolencja, zaburzenie pamięci. Roentgenogram, siodło tureckie pogłębione, zniekształcone Grzbiet siodła zniszczony.

W ciągu ostatnich dni przed śmiercią często napady bardzo silnych bólów głowy, wymioty oraz jeden napad padaczkowy. 29/XI Exitas letalis.

Badanie pośmiertne: Niedorozwój serca i tętnicy głównej, jak również narządów rodnych. Grasica dość duża.

Mózg: Opona twarda ścieńczała. Mózg duży; zawoje spłaszczone. W okolicy fossae Sylvii z pr. str nacieczenie opon miękkich o kształcie promienistym. Półkule móżdżku spłaszczone. Na całej przestrzeni robaka górnego stwierdza się guz (długość 6 cm, szerokość 4 cm), przechodzący też na sąsiadujące odcinki półkul móżdżkowych Nowotwór ma kształt małego raka, którego szyja zagina się na płat wielkiego spoidła mózgowego. Spoistość guza niejednolita. Na przebiegu w linji środkowej widać, że guz dochodzi aż do górnej ścianki IV-tej komory. Wyściółka komory tej matowa, koloru mlecznego.

Wszystkie komory wybitnie rozszerzone. Rozpoznanie kliniczne w tym przypadku wahało się między guzem przysadki, a guzem móżdżka względnie kąta móżdżkowo-mostkowego.

Za pierwszem rozpoznaniem przemawiało zniszczenie siodła tureckiego, oraz utratą miesiączki za drugiem zaś wczesne wystąpienie tarczy zastoinowej, wreszcie

objawy móżdżkowe (asynergja, objaw Stewart's-Holme'sa, dysmetrja, zajęcie nerwów czaszkowych. Sztywność karku, zmienność tętna, zależnie od położenia ciała, przemawiały również za tem rozpoznaniem.

Przypadek zasługuje na uwagę zarówno ze względu na obecność objawów przysadkowych (amenorrhoea, zniszczenie siodła tureckiego), jak i ze względu na zajęcie całego szeregu nerwów czaszkowych VII pr. VIII l. V para, IX pr. X), czego się zazwyczaj w przypadkach guzów robaka nie spostrzega.

Dyskusję co do reszty przypadków odłożono do następnego posiedzenia.

5. Bychowski (sen.) — *a) Dziecko z niezwykłemi zaburzeniami troficznemi.*

Licząca obecnie 3 l. i 9 m. dziewczynka, urodziła się w porę, żywa od zdrowych rodziców, mających ujemny Wasserman we krwi. Do 9-iu mies. rozwijała się psychicznie i cieleśnie podobno prawidłowo, chorowała wtedy na odrę i wietrzną ospę, po czem rozwój jej psychiczny i cielesny zatrzymał się. Nie mówi, widzi, słyszy, nie chodzi, ciągle płacze zwłaszcza w nocy, zasypia dopiero nad ranem. Rozwój umysłowy na bardzo nizkim poziomie, 1 rocznego dziecka. Wobec tego, że przypadek ten z podaniem szczegółowych pomiarów i fotografji będzie szczegółowo ogłoszony, zaznaczam tylko, że długość ciała wynosi 100 cm. według Queteleta dziewczynka w tym wieku ma 90 cm.), głowa ma w obwodzie 50 cm., sutki są jak u 13 lat dziewczyny, narządy płciowe zewnętrze rozwinięte są co najmniej jak u 9-o let. dziewczyny. Dłonie są znacznie większe niż w tym wieku być powinny, a poszczególne palce nierówne: niektóre bardzo drobne, a niektóre zbyt długie. Stopy duże przynajmniej jak u 12 lat. osobnika, skóra podeszew pełna zagłębień i zwojów jak kora mózgowa (cutis gyrata). Na stopach też niektóre palce są długie i grube, niektóre zaś jak u małego dziecka. Pozatem na czaszce, zwłaszcza w okolicy potylicowej, duże guzy kostne, a w tkance podskórnej tułowia dużo tłuszczaków, niektóre wielkości pomarańczy. Na skórze całego tułowia rozsiane i nieco wystające skupienia ciemnego barwika. Roentgen wykazuje zmiany w siodle tureckim i ognisko zwapnienia w obrębie szyszynki. Zez od urodzenia. Tarcze nieco bladawe. Wasserman we krwi i płynie mózg.-rdzeniowym ujemny. Blada, chuda. Narządy wewnętrzne i mocz bez zmian

Ogólny wygląd chorej: duży wzrost, rozwinięte sutki i zewnętrzne narządy płciowe, duże stopy — daje kliniczny obraz przedwczesnego dojrzewania (maturitas praecox). Przy bliższej jednakże analizie widzimy, że ten stan przedwczesnego dojrzewania, nie obejmuje wszystkich części ciała w jednakowym stopniu i obowiązkowym stosunku. Narządy płciowe i sutki odpowiadają 12 — 13 letniemu wiekowi, wzrost 6 — 7 letniemu, stopy znowuż 12 — 13 lat. Ale na samej stopie i na dłoniach widzimy niektóre palce odpowiadające paluszkom 2-letnich dzieci. I między innemi częściami kończyn i tułowia niema zwykłej proporcji. Powstaje wskutek tego obraz, który robi wrażenie jakiejś *anarchji morfologicznej*, która dzięki guzom kostnym na potylicy, dużym tłuszczakom, pełnej zakrętów skórze na stopach (cutis gyrata) i skupieniom barwnika, przyjmuje jeszcze potworniejszy wygląd.

Z dotychczasowych naszych wiadomości o zewnętrznych normach ciała ludzkiego, zwłaszcza dzięki spostrzeżeniom różnych stanów patologicznych należy wnioskować, że są one uwarunkowane czynnościami gruczołów wewnętrzno-wydzielniczych przeważnie prawdopodobnie przysadki mózgowej (akromega'ja i różne postacie nanizmu) i szyszynki (maturitas praecox) Między temi dwoma narządami, jak zresztą między wszystkiemi gruczołami wewnętrzno-wydzielniczemi istnieje jak wiemy bardzo ścisła korrelacja, która jak to gdzieindziej dowodziłem (por. moją pracę w języku ros. w księdze jubileuszowej dla prof. Rossolimo p. t. „Nauka o gruczołach z wewnętrzną

wydzieliną" Moskwa 1925 r.) zostaje pod stałą kontrolą gruczołów płciowych. W naszym przypadku wskutek prawdopobnie jakichś zaburzeń embrjogenetycznych wzajemny ten stosunek między czynnościami gruczołów wewnętrzno-wydzielniczych zwłaszcza szyszynki i przysadki mózgowej, został zniesiony, albo może, prawie wcale nigdy nie istniał. Zamiast harmonijnego współdziałania hormonów każdy z nich pracował jakby niezależnie na własną rękę znajdując się wciąż w kolizji z innemi. Stąd ten nadmierny rozwój innych części ciała jak naprzykład stóp, które jednakże wskutek przeciwdziałania innych hormonów też nie rozwijają się według zwykłych norm—jedne palce duże, niektóre małe. Z spostrzeżeń nad stanem adiposogenitalnym wiemy że, wchodzą tu w grę zaburzenia w czynnościach przysadki mózgowej. I u naszej chorej jest tendencja do nadmiernego rozwoju tkanki tłuszczcowej, ale i ona trafia widocznie na przeszkody — powstają tylko oddzielne, prawda olbrzymie jak dla 4 letniego dziecka, tłuszczaki. Istotnie obrazy roentgenowskie — duże siodło tureckie i zwapnienie w obrębie szyszynki (normalnie t. z. piasek szyszynkowy zjawia się dopiero w 7—8 r. życia). Przemawia też w tym kierunku i psychiczny niedorozwój chorej. Patologicznemu przedwczesnemu dojrzewaniu towarzyszą też nieraz zmiany w nadnerczach. Może być że skupienia ciemnobronzowego barwnika na skórze, wskazują na zaburzenia i w tych wewnątrzwydzielniczych narządach. Zupełny więc *chaos* w czynnościach gruczołów wewnątrzwydzielniczych mógł więc spowodować i opisany wyżej obraz morfologicznej anarchji.

5. B y c h o w s k i (sen.). — *b) Chora ze sclerosis lateralis amyotrophica.*

U 36 letniej bezdzietnej kobiety o delikatnej budowie występuje przed kilkoma miesiącami niewyraźna mowa. Laryngolog żadnych zmian w unerwieniu krtani i gardzieli nie znajduje. Pozatem chora na nic nie narzeka, zwłaszcza łykanie, chód i sprawność górnych kończyn, nie pozostawiają nic do życzenia. Badanie przedmiotowe wykazuje mowę wybitnie opuszkową. W języku rzadkie ledwie spostrzegalne drgania włókienkowe. Miękkie podniebienie po stronie prawej kurczy się słabiej, niż po stronie lewej Patologicznie wzmożone odruchy ścięgnowe na górnych i dolnych kończynach.

Na dłoniach zaników niema, ale są objawy analogiczne do objawów Rossolimo i Mendel Bechterewa na stopach. Dodatni Babiński na obydwóch stopach, którego przy brzusznej pozycji niema. Ze strony pęcherza i odbytnicy—zaburzeń niema.

Wassermann we krwi ujemny. Objawów myastenji ani reakcji zwyrodnienia niema. Narządy wewnętrzne bez zarzutu.

Przyjmując pod uwagę mowę opuszkową i wybitne objawy pyramidowe w górnych i dolnych kończynach, brak zaburzeń czucia i reakcji myastenicznej, należy tu rozpoznać bardzo wczesny okres sclerosis lateralis amyotrophica.

W danym przypadku zasluguje na szczególną uwagę okoliczność, że zaburzenia szlaków pyramidowych są już wybitnie uwydatnione, kiedy jeszcze brak wszelkich objawów ze strony komórek ruchowych kory i przednich rogów, będących wszak punktem wyjścia całej sprawy chorobowej przy scler. lat. amyot. (Niema ani zaników ani parez). Należy więc przypuścić, że w danym przypadku zaszły już pewne zmiany w komórkach ruchowych kory ([2]), są jednakże tak dyskretnej natury, że nie wpływają widocznie na czynności ruchowe i odżywcze, — natomiast są wystarczające, żeby zmniejszyć hamujące i regulujące czynności szlaków pyramidowych, które jak wiemy skądinąd są niezmiernie wrażliwym odczynnikiem na zaburzenia w komórkach ruchowych Betza przedniego zwoju ośrodkowego W komórkach zaś opuszkowych sprawa widocznie posunęła się już o tyle, że daje pareżę mlękkiego podniebienia i drgania włókienkowe w języku.

Z tego punktu widzenia przypadek ten byłby klinicznym potwierdzeniem anatomo-patologicznych spostrzeżeń Campbella, Schrödera i innych według których oprócz zmian w przednich rogach rdzenia istnieją pierwotniejsze jeszcze może zmiany w komórkach Betza przedniego zawoju ośrodkowego. Z wielkim prawdopodobieństwem można więc przypuścić, że w danym okresie mamy zaburzenia tylko w komórkach kory—ztąd objawy pyramidowe i w górnych kończynach i opuszce. Komórki zaś przednich rogów rdzenia są jeszcze tymczasem nietknięte.

6. Mackiewicz. — *Przypadek nowotworu rdzenia ze znacznem polepszeniem po naświetlaniu promieniami Roentgena.*

Z. Ch. l. 17, przybył na oddział 1/VIII—1926 r. ze skargami na bóle w nogach. 2 lata temu po przemoczeniu nóg w rzece zjawił się krótkotrwały ból w nodze, w której nie pamięta. W ciągu ostatnich 2 lat co 2—3 miesiące zjawiały się bóle w krzyżu oraz w lewej lub prawej nodze. Bóle trwały kilka dni przeważnie w nocy. Od 2-ch miesięcy bóle powtarzają się już codziennie przeważnie po chodzeniu. Zaburzenia urynowania nie było. W ciągu ostatnich 4-ch miesięcy bardzo zeszczuplał, stracił 15 funtów. Ze strony nn. czaszkowych oraz kk. górnych brak zmian. Odruchy brzuszne zachowane. Mosznowe — po stronie prawej zachowane, po stronie lewej = O.

Kk. dolne.

Siła mięśniowa naogól niezła, jednakowa we wszystkich odcinkach. Chód ostrożny, wyraźne oszczędzanie kręgosłupa. Pr = 0 z obu stron. AR = zachowane. Czucie zachowane. Zaburzeń urynowania brak

2/VIII. Nakłucie lędźwiowe. Płyn wybitnie ksantochromiczny. NA + + + +. Pleocytozy brak.

3/VII. Z powodu silnych bólów chory całą noc nie spał. Wystąpiła parapareza kk. dolnych. Znikły odruchy Achillesa z obu stron. W ciągu następnych 3-ch dni parapareza przeszła w kompletną paraplegję wiotką przy wybitnym nasileniu się bólów w kończynie dolnej. Zaburzenia czucia w obrębie L_4, L_5, S_1, od 7 do 11/VIII 4 naświetlania promieniami Roentgena.

15/VIII. Bóle zaczynają znikać. Siła mięśniowa pr. k. d. dość szybko się poprawia, w lewej natomiast brak zupełny ruchów dowolnych.

1/IX. Nakłucie podpotyliczne. Płyn normalny. Zastrzyknięto 1 cm^3 lipjodolu, który zatrzymał się po większej części na wysokości L_1 — L_2 Dość znaczna kropla znajduje się w worku twardówkowym. I-y krąg lędźwiowy spłaszczony i zniekształcony.

6/IX. Zjawił się prawy odruch Achillesa.

12/IX. Znaczna poprawa pod względem ruchowym w prawej k. d., w lewej zaś zjawiło się minimalne zginanie w stawie kolanowym.

20/IX. Unosi prawą k. na 8 — 10 cm. powyżej poziomu łóżka. Zaburzenia czucia jak dawniej. Zmiany elektryczne w m. quadriceps, n. peroneus, m. tibialis anticus i grupie peronealnej — odczyn zwyrodnienia

Od 20/IX- 5/X II-a serja naświetlań promieniami Roentgena.

9/X. Nakłucie lędźwiowe. Płyn ksantochromiczny. 3 limfocyty. NA + + +. Białko 2,75‰. Zastrzyknięto lipjodol, który w pozycji Trendelenburga zatrzymał się na doln. pow. L_1.

10/X Znów wystąpiły silne bóle w kk. dolnych.

11/XI—19/XI. III-cia serja naświetlań promieniami Roentgena.

W ciągu ostatniego miesiąca stan chorego bardzo szybko się poprawia, a mianowicie: bólów żadnych nie ma; siła mięśniowa k. d prawej bardzo znacznie się

wzmogła we wszystkich odcinkach; w lewej zaś zjawiły się ruchy zginające i rozginające udo, jak do i odprowadzania całej kończyny, a także zginanie i rozginanie palców. Od kilku tygodni chory jest w stanie dość dużo chodzić bez pomocy laski przy wybitnie zaznaczonym stepage'u po stronie lewej.

Objektywnie: nadal brak odruchów kolanowych z obu stron, oraz mosznowego i Achillesa po lewej stronie. Zaburzenie czucia w tym samym obrębie zanik mięśni uda i goleni o 3 cm.

Z punktu widzenia etjologji oraz lokalizacji sprawy uciskowej ze względu na zespół objawów klinicznych, jak brak lewego odruchu mosznowego przy zachowaniu brzusznych odruchów, brak obu kolanowych odruchów, lewego Achillesa, wychudzenie lewej kończyny en masse, ze względu na zmiany elektryczne w całym szeregu grup mięśniowych oraz korzonkowy typ zaburzeń czucia przy roentgenologicznie stwierdzonym zniszczeniu kręgu L1 oraz wyniku próby lipjodolowej, przekontrolowanej dwukrotnie z góry i z dołu nie przedstawia większej trudności. Mamy do czynienią w danym wypadku z nowotworem, wychodzącym z ciała I-go kręgu lędźwiowego i uciskającym na górną część ogona końskiego. W danym przypadku jednak mamy 2 momenty, które zasługują na uwagę, a mianowicie: paraplegja wiotka, która wystąpiła zupełnie ostro bezpośrednio po nakłuciu lędźwiowym, oraz efekt leczenia naświetlaniami promieniami Roentgena. Co do I-go zagadnienia M. raczej przypuszcza, iż mieliśmy w danym wypadku do czynienia z ostrym uciskiem nowotworu na tkankę nerwową po opróżnieniu zawartości przestrzeni podpajęczynówkowej, jak to tłomaczy *Elsberg*. Więc raczej w sposób czysto mechaniczny, niż wskutek krwawego wylewu wewnątrz nowotworu, o którym także można było w danym wypadku pomyśleć.

Co zaś do wpływu promieni Roentgena na przebieg danego wypadku, to przedewszystkiem ujawnił on się w bardzo szybkiej likwidacji nieznośnych bólów uciskowo-korzonkowych, a następnie w stopniowej poprawie siły mięśniowej obu kk. dolnych

7. M e s s i n g. — *Przypadek blizny pourazowej móżdżka.*

Czyste zespoły móżdżkowe po wybuchu pocisków należą do rzadkości, bo zazwyczaj obserwowano zespoły złożone z móżdżkowych i piramidowych objawów, więc obrazy zbliżone do stwardnienia wieloogniskowego. Taki rzadki przypadek przytacza mówca.

Stefan B., poza złamaniem lewego ramienia przed 30 laty, zawsze był zdrów. W roku 1921 uległ w Tyflisie obrażeniu głowy wskutek wybuchu bomby aeroplanowej. Obszerna rana na głowie miała być powierzchowna. Początkowo miał mieć w ciągu paru dni podwójne widzenie, połykał źle, zachłystywał się, oraz zwracał nosem, nie mógł mówić, miał być zupełnie porażony. Stan się powoli poprawiał. Dotąd uskarża się na utrudnienie chodzenia, ruchów górnych kończyn i mówienia.

W okolicy prawej skroni stara, rozległa, niekształtna blizna skórna, mniejsza ponad uchem lewem, Badanie promieniami Roentgena wykazało brak zmian w czaszce.

Narządy wewnętrzne, krew i mocz — bez zmian. W płynie mózgowo - rdzeniowym dwukrotne wzmożenie ilości białka i dodatni odczyn *Nonne-Apelta* Odczyny benzoesowy i *Bordet - Wassermanna* ujemny Odma czaszkowa wykryła rozszerzenie komór bocznych. U chorego brak objawów piramidowych, pozapiramidowych i czuciowych, brak porażenia nerwów czaszkowych. Zaburzenia neurologiczne zacieśniają się wyłącznie do objawów móżdżkowych. Mowa jest niewyraźna, zatarta, zlekka skandowana, przytem w nieprawidłowy sposób składa wargi, zwłaszcza dolną, którą wydyma, to sznuruje, kąty ust rozwiera za dużo. W spokoju dolna część twarzy jest raczej za

mało ruchoma, nieco maskowata. Przy mowie gestykuluje, przebiera palcami rąk i nóg. Oczopląsu brak.

Ze strony kończyn stwierdzamy objawy dysmetrji i hypotonji. Dysmetrja występuje wybitnie przy próbie chwytania, próbie na diadochokinezę i na ataksję. Ataksja, która ma nadto nieco z charakteru zamiarowej, widoczna jest tylko przy szybkich ruchach, wybitniej po stronie lewej. Tak samo i na dolnych kończynach tylko przy ruchach szybkich pojawia się wybitna hypermetrja i trochę drżenia zamiarowego. Przy wszystkich ruchach występuje nadmiarowość, chory sam zaznacza, że musi je hamować i ciągle się o to stara. Stąd wynika spowolnienie ruchów. Należy pamiętać, że choroba trwa od szeregu lat i chory zdążył przystosować swe ruchy do zaburzeń móżdżkowych przez to, że stara się wykonywać ruchy powolnie i dokładnie. Poza dysmetrją stwierdza się u chorego ogólną hypotonję. W związku z tem odruchy z mięśnia trójgłowego kończyn górnych i odruchy kolanowe mają charakter wahadłowy. Chory wstaje, siada i chodzi w sposób asynergiczny. Chodząc, rozstawia obie kończyny na zewnątrz, za wysoko unosi uda, wyrzuca podudzia, a tułów zostawia w tyle, o ile jest podtrzymywany pod pachy. Chód bokiem jest możliwy, ale niedołężny. Zwroty są złożone z szeregu kroków. Przy próbie Romberga chwieje się, podając tułów ku prawej stronie i w tył. Podczas chodzenia zwykle patrzy na ziemię, może jednak chodzić w ten sam sposób, nie patrząc na ziemię.

Pozatem istnieje samoistne mijanie z prawego barku nazewnątrz. Próba kaloryczna *Barany'ego* wykazuje wzmożoną pobudliwośc błędników, zresztą stosunki prawidłowe. Czucie uciskowe na prawej połowie ciała, z wyjątkiem twarzy jest upośledzone, zwłaszcza na prawej górnej kończynie.

Bardzo wyraźny jest następujący objaw: Jeżeli każemy choremu wyciągnąć ręce przed siebie i dłońmi cisnąć w dół na nasze dłonie a potem na komendę unieść ramiona do góry, wówczas tułów przechyla się silnie naprzód, gdy normalnie albo pozostaje nieruchomy, albo wykazuje raczej tendencję do przechylenia się w tył. Na objaw ten zależny od asynergji tułowia i będący poniekąd zmodyfikowaną próbą *Babińskiego* flexion combinée, której w tym przypadku zresztą nie ma zwrócił uwagę prof. Orzechowski.

Mamy więc przed sobą chorego, który przed pięciu laty uległ urazowi głowy przy wybuchu bomby. Skutki urazu były ciężkie i wyrównały się tylko częściowo. Najprawdopodobniej powodem tych zmian był krwotok. Ponieważ z czasem objawy zacieśniły się włącznie do móżdżka, należy przyjąć, jako następstwa urazu, krwotok domóżdżkowy, a inne objawy z początku choroby odnieść do objawów z oddali i wstrząsowych. W patogenezie nie można też wykluczyć działania toksycznego gazów, powstały przy wybuchu bomby.

Najwybitniej w zespole móżdżkowym u chorego występuje ogólna dysmetrja i asynergja tułowia.

Wobec tego, że ruchy tułowia – pomimo wogóle rozbieżności zapatrywań na lokalizację móżdżkową — przeważnie lokalizują w robaku, zdaje się, że u naszego chorego głównie ucierpiał robak. Powołując się na spostrzeżenia *(Bonhoeffer)*, wskazujące, że prawa półkula móżdżkowa ma mieć szczególne znaczenie dla mowy, możemy przypuszczać, że ona również ucierpiała, za czem też przemawiałoby zbaczanie z prawego barku na zewnątrz i padanie w tył i w prawo.

8. Sterling. — *Wpływ hyperwentylacji na powstawanie i przebieg objawów padaczkowych, tężyczkowych, piramidowych i pozapiramidowych* (odczyt — w całości ukazał się w druku).

POSIEDZENIE Z DNIA 22.I.1927 (63-cie).

1. Herman. = *Przypadek zespołu syringomyeliae z wybitnie dodatnim odczynem Wassermanna w płynie mózgowo-rdzeniowym i we krwi* (brak streszczenia).

Dyskusja:

Freyówna. Spostrzegała przypadek, w którym obok nagminnej śpiączki istniały objawy jamistości rdzenia z brakiem odruchów źreniczych na światło; leczenie przeciwkiłowe dało poprawę.

Higier (sen.) Wyklucza związek między kiłą ośrodkowego układu nerwowego a jamistością rdzenia. Podkreśla rozbieżne wyniki dwukrotnego badania płynu na odczyn *Wassermanna* w górnem i dolnem nakłuciu kręgosłupa; tylko przy powtórnem badaniu płyn pobrany z obu wysokości dał WaR + + + + i pleocytozę.

Koelichen. W 1900 r. obserwował przypadek porażenia postępującego, w którym sekcyjnie stwierdzono hydromyelia.

Herman. Koleżanka Zandowa demonstrowała przypadek jamistości rdzenia z dodatnim WaR., który po leczeniu przeciwkiłowem poprawił się Może więc istnieć zespół syringomyeliczny. Wykluczyć omyłki w pierwszem badaniu płynu mózg.-rdzen. z ujemnym WaR nie można; późniejsza pleocytoza zależy najprawdopodobniej od lipjodolu.

2. W. Tyczka.— *Porażenie ruchów pionowych gałek u chorego z rzekomą palilalją.*

Prelegent przedstawia chorego, lat 62, który nagle w czerwcu 1926 roku, stracił przytomność, poczem wystąpiło porażenie twarzy i kończyn prawych. Przytomność odzyskał pod koniec sierpnia, w październiku skierowano go do kliniki. Stan przedmiotowy: narządy wewnętrzne poza miażdżycą bez zmian. Pod względem psychicznym: upośledzenie inteligencji i braki pamięciowe. W mowie zdarzaju się od czasu do czasu parafazje słowne oraz zacinanie się z perseweracyą w postaci iteracji rzekomo palilalicznej. Palilalja tu jest wrzekomą, bo ma charakter sakkadowany, mało płynny i ponieważ towarzyszą jej objawy afatyczne. Uporczywe skargi na zły wzrok, mimo że nawet bez szkieł wcale dobrze widzi. Czasami zdarza się, że przedmioty na chwilę znikają mu z oczu, to ich nie rozpoznaje. Przy pokazywaniu obrazków niektórych charakterystycznych szczegółów nie spostrzega. Źrenica prawa < l., lewa na światło oddziaływuje ospale. Obustronny objaw *Dalrympla* jest zależny w dużej mierze od przykurczu dźwigacza powieki górnej Ruch gałek ocznych ku górze i ku dołowi zniesiony. Przy biernem przemieszczeniu głowy wtył i ku przodowi, gałki oczne poruszają się natomiast ku górze i ku dołowi w prawidłowych rozmiarach. Zbieżność zniesiona. Niestałe podwójne obrazki jako prawdopodobnie pozostałość po niedowładzie lewego mięśnia prostego górnego. Badanie kaloryczne: obustronna skłonność gałek do dewijacji bocznej. Dno oczu bez zmian; obustronne zwężenie pola widzenia na wszystkie barwy. Ze strony innych nerwów czaszkowych tylko niedowład dolnej gałązki prawego nerwu siódmego. Zresztą istnieje niedowład kurczowy prawych kończyn słabego stopnia i ataksja prawostronna. Twarz chorego nieruchoma. Chodzi na sposób zbliżony do démarche à petits pas przy postawie przypominającej parkinsonowską. Płyn mózgordzeniowy pod każdym względem prawidłowy.

Objawy opisane prelegent tłumaczy co najmniej dwoma ogniskami pokrwotocznemi. Jedno z nich znajdując się w ciele czworaczem przedniem (objawy ze strony gałek, prrwostronny niedowład i ataksję kończyn). Drugie natomiast znajduje się w płacia skroniowym, lewym lub w jego pobliżu (zaburzenia sensoryczno-amnestyczno palilaliczne mowy). Osłabienie intelektu i zaznaczone objawy parkinsonoidalne odpowiadają rozsianemu w całem mózgowiu i w zwojach podstawnych état lacunaire lub

criblé. Tu znajdują także prawdopodobnie wytłumaczenie agnostyczne zaburzenia wzrokowe.

O ile chodzi o objawy gałkoruchowe, prelegent podkreśla następujące okoliczności: 1) Kombinacja porażenia ruchów pionowych i rzekomego *Dalrympla* jest bardzo rzadka. 2) Powolność i charakter uskokowy ruchów bocznych wskazują może na udział dróg poza-piramidowych w tem zaburzeniu. W takim razie byłoby prawdopobne, że nieznane dotąd drogi nadjądrowe pozapiramidowe, dochodzące do jąder nerwów gałkoruchowych, zanim dostaną się do pęczka podłużnego tylnego muszą przechodzić przez ciała czworacze przednie. 3) Pęczek podłużny tylny nie jest w przypadku tym idealnie zachowany (boczna dewijacja gałek podczas próby kalorycznej). 4) Mimo przejściowego niedowładu jednego z mięśni prostych górnych, chodzi wyłącznie o zaburzenia skojarzonych ruchów pionowych. Przy badaniu bowiem sposobem Rosta mięśnie, działające na gałki w kierunku pionowym, okazują się pobudliwe na bodźce labiryntowe.

Dyskusja:

B r e g m a n. — Obecność dwojenia i zeza pionowego przemawia zatem, że prócz porażenia skojarzonego istnieje częściowy niedowład jpdnego z mięśni.

H. H i g i e r (sen.) wolałby dla demonstrowanego zaburzenia mowy zatrzymać dawną nazwę *iteratio* zamiast nowej palilalji, którą charakteryzują: pod względem fonetyczno-artykulacyjnym obok zniekształconego powtarzania słów zaburzenia tempa, wysokości intonacji i timbréu głosu. Palilalja powstaje przez wypadnięcie hamowania korowego, które idzie przez wzgórek wzrokowy i tłomaczą się wyzwalaniem fizjologicznie przedistniejących automatyzmów w obrębie *striatum* i *pallidum*.

Przytoczone zaburzenie wzroku niektórzy autorzy zwłaszcza *Poppelreuter, Goldstein* i *Selb* skłonni są uzależnić od częściowego upośledzenia uwagi *(Aufmerksamkeitosschwäche)*.

Słusznie prelegent usiłuje powolnosc ruchów gałek ocznych sprowadzić do zachorzenia organicznego odcinka drogi pozapiramidowej przebiegającego w bliskości pęczka podłużnego.

H i g i e r zapytuje czy prelegent pod objawem *Rosta* pojmuje, to co niemcy i włosi jednocześnie opisali jako zjawisko lalkowe (Puppenaugenfenomen), czyli bierze poruszenie gałek przy czynnym ruchu głowy.

S z w a r c. — Sądzi, że w danym wypadku niema niedowładów pojedyńczych mięśni, jedynie ruchów skojarzonych, za czem przemawiają ruchy głowy ze wzrokiem unieruchomionym.

T y c z k a. — Nie wyklucza możliwości porażenia częściowego któregokolwiek z mięśni. Jednak na piorwszym planie mamy porażenie skojarzone. Następnie uzasadnia obecność palilalji.

3. H e r m a n i S i m c h o w i c z. — *Przypadek ograniczonego kurczu torsyjnego we wczesnym okresie* (brak streszczenia).

Dyskusja:

S i m c h o w i c z — Spostrzegał dwa podobne przypadki. W 1-ym u 13 letniej dziewczynki kurcz stopy z ustawieniem szpotawo-końskiem występował tylko w czasie chodu; w 2-im — u 10 letniej dziewczynki początkowo były te same objawy, a po $1\frac{1}{2}$ roku zjawiły się ruchy w całej nodze. Zawsze we wczesnych okresach należy postawić pytanie, czy ma się do czynienia z miejscowym kurczem, czy też z początkiem ogólnego kurczu torsyjnego. W przypadku demonstrowanym przyjąć należy raczej tę drugą możliwość.

Orzechowski — Należy wyróżniać samoistny kurcz torsyjny i grupę „crampi". W jednym z obserwowanych przez siebie przypadków początkowo występowało ustawienie stopy szpotawo-końskie tylko w chodzie i był to początek kurczu torsyjnego, w 2-im przypadku był wybitny crampus na tle najprawdopodobniej gruzełka mózgu.

Higier (sen). nie zatrzymywałby się ani chwili nad rozpoznaniem wczesnego okresu kurczu torsyjnego niezależnie od lokalizacji jego i charakteru. niezależnie od jednostronnego, skrzyżowanego czy też ograniczonego siedliska jego. Gdzie jest kurcz i torsyjność, a brak stałego spazmu lub spastyczności, tam mamy przed sobą kurcz torsyjny, jak go pierwsi autorzy opisali. Że czasem rzecz cała powstaje nagle, udarowo, przekonywa przypadek *Higiera*, opisany przed wielu laty hemiplegicznego kurczu torsyjnego który zjawił się u starszej osoby nagle

Bregman. Podobne kurcze spostrzegał u 50-letniej kobiety w nodze, bez objawów piramidowych. Nie jest to więc schorzenie wyłącznie wieku młodego.

Sterling. U dzieci kurcz torsyjny zazwyczaj rozpoczyna się od stopy, potem obejmuje przeciwległą kończynę górną. O ile występuje w wieku starszym nie zawsze jest sprawą wrodzoną, lecz tylko zespołem, który może wystąpić ostro, nagle lub powoli np. przy nowotworze mózgu

4. Sterling. — *Zespół Ramsay'a Hunt'a* (streszczenia brak).

5. Leśniowski. — *Zrosty pajęczynówkowe ogona końskiego u chorej ze skrytem rozszczepieniem kręgosłupa krzyżowego. Korzystny wpływ lipjodolu.*

L. przedstawia 17-letnią chorą, która była zawsze zdrowa, w ciągu 2-ch lat ostatnich gorliwie oddawała się sportom. Na pół roku przed przybyciem do Kliniki chorób nerw. zaczęła odczuwać bóle w okolicy lędźwiowej lewej. Po miesiącu bóle ustąpiły, by po 3-ch miesiącach powrócić z większem natężeniem Przedmiotowo: odruchy brzuszne po stronie prawej łatwo się wyczerpują, po lewej brak ich zupełnie. Nadmierna lordoza w części lędźwiowej i dolnej piersiowej kręgosłupa, przyczem odcinek lędźwiowy robi wrażenie zbyt krótkiego, okolica zaś miedniczno-krzyżowa za wysokiej. Umiarkowana bolesność wyrostków ościstych D_9 — D_{10}. M. erecter trunci napina się zbytnio po stronie lewej. Szpara rzyci przebiega skośnie w dół i na lewo, hypotonia, pośladka lewego. Kończyny dolne prawidłowe poza wątpliwą nierównością odruchów *Achillesa* i brakiem obu odr. ze ścięgien mięśni dwugłowych ud. Lekkie zaburzenia czucia na grzbiecie stopy lewej. Płyn mózg.-rdzen. prawidłowy, odczyn B.-W. w płynie i we krwi ujemny. Na rentgenogramie rozszczepienie kręgosłupa na wysokości S_1 oraz niedorozwój piątego kręgu lędźwiowego. W pozycji siedzącej wykonano wyżej niż zazwyczaj (dwa kręgi) nakłucie lędźwiowe i wstrzyknięto 0,5 $cm.^3$ ciężkiego lipjodolu. Po 2-ch godzinach, które chora spędziła w położeniu siedzącem, wykonano zdjęcie rentgenowskie. Rentgenogramy wykazują cień lipjodolu, rozsiany w postaci sieci drobnych kropelek na wysokości L_1 — L_3, poniżej brak zupełny lipjodolu. Na zewnątrz trzonów L_2 i L_3 na zdjęciach lipjodol uwidacznia się w postaci sznureczków, które mogły by odpowiadać nerwom rdzeniowym po wyjściu z kanału kręgowego, ponadto w postaci tworów w kształcie kalafiora, których interpretacja nastręcza duże trudności, najprawdopodobniej odpowiadają one wybujałym ziarnistościom *Pacchioniego* rdzeniowym. Zdjęcie wykonane po 5-iu dniach wykazało nieznaczne rozprzestrzenienie się sieci lipjodolowej ku górze i ku dołowi, ostatnie, robione miesiąc później, dało obraz analogiczny. Sądząc z rentgenogramów, wykazujących podobne obrazy, jak w przypadku *Chiray* i *Leclerc'a*, gdzie jednak główna masa lipjodolu opadła do cul de-sac twardówki, należy przypuścić, że powodem zatrzymania są zrosty opon miękkich, Mimo wielkiej ich liczby nie zdołały one jeszcze zatamować krążenia

płynu m.-rdz. Przyczynę tych zrostów, wobec braku w wywiadach ciężkich chorób wzgl. urazów, L. upatruje w nadmiernem uprawianiu sportów, u osobnika z punctum minoris resistentiae w postaci spinae bifidae oraz niedorozwoju L5. Bóle, które sprowadziły chorą do kliniki, ustąpiły po wstrzyknięciu lipjodolu całkowicie i przez 8 tygodni nie powróciły do dzisiaj. Zbieg chronologiczny przemawia więc za terapeutycznym wpływem lipjodolu (drenaż ścieśnionych przestrzeni podpajęczych, działanie resorbcyjne jodu), który jednak zrostów nie uleczył, bo nadal się one uwidaczniają. Na zakończenie L. wyraża zastrzeżenie, że nie jest wykluczony również przypadkowy zbieg: sprawy zapalnej w oponach z niewiadomego powodu, i banalnej wady rozwojowej, jaką jest spina bifida occulta sacralis.

6. Higier. — *Rzadka odmiana ślepoty mózgowej.*

U starca 73-letniego, dotąd zdrowego, rozwija się prawie nagle ślepota zupełna, która jeszcze obecnie po 5-tygodniach jest dosyć wybitna, acz słabsza. Żadnych oznak t. zw. ślepoty duchowej, żadnej apraksji, asymbolji, agnozji, dysfazji. Dokładne badanie nie stwierdza zmian w ruchach gałek ocznych, w żrenicach, na dnie oka, ustala natomiast obok zupełnej hemianopsji lewostronnej osłabienie wzroku po stronie prawej.

Harris przed laty 30-tu stwierdził czasami — po sprawie zakrzepowej *cunei* z hemianopsją — przemijającą ślepotę zupełną, to samo widział później *Brun* w nowotworach, *Inoye* i *Mingazzini* po postrzałach potylicznych jednostronnych, zwłaszcza po hemianopsji lewostronnej. *Higier* opisał niedawno tenże objaw u mężczyzny (Zeitschrift fur Neurol. und Psychiatrie. Bd. 105. 1926) ze swoistemi przerzutami mózgowemi ze strony ukrytego *Deciduoma s. Chorioepithelioma malignum* w okolicę *fissurae calcarinae.* Objaśniają zjawisko to wpływem hamującym (*Harris*), uciskiem guza lub obrzmiałej zapalnej substancji mózgowej na sąsiedni płat przeciwległy (*Bruns*), diaschizą komisuralną lub asocjacyjną (*Monakow, Vogt*)). *Higier* nie wyklucza możliwości, którą się spotyka często w *paralysis pseudobulbaris,* gdzie pierwszy napad przechodzi niepostrzeżenie, zaś drugi napad w przeciwległej półkuli daje niespodzianie ciężkie objawy, nie dające się wyrównać kompensacyjnie czynnością pozornie zdrowej półkuli. Nie jest wykluczonem, że dawna hemianopsja prawostronna przeszła. jak zwykle, niepostrzeżenie, a obecna lewostronna dała całkowitą ślepotę. Lokalizacja naczyniową jest prawdopodobna w klinie potylicznym prawym.

7. Simchowicz. — *Dziedziczna dysfunkcja przysadki.*

Referent jako przyczynek do dziedziczności schorzeń gruczołów dokrewnych demonstruje akromegaliczkę wraz z synem chorym na dystrofję adipozo-genitalną. Matka ma lat 34, od 8 lat rozszerzają się kości dystalnych części i kończyn górnych i dolnych, nos, język i wargi, w przeciągu 2 lat były objawy diabetes, insipidus, które obecnie znikły, ostatnio kończyny nieco się zmniejszyły, buciki od № 39 doszły do 44, ostatnio nosi № 42. Ojciec pacjentki zdrów, matka ma cukrzycę Nigdy się nie leczyła. Rentgen wykazuje duże siodełko z destrukcją wyrostków, z całego siodełka pozostało tylko wązkie pasemko. Pacjentka ma zdrową 13-letnią córkę i 9-o letniego syna, który był tęgiem dzieckiem ale rozwijał się do 7-go r. życia normalnie. Przed 2 ma laty po szkarlatynie zaczął gwałtownie tyć, jednocześnie zaczęły zanikać genitalja. Obecnie chory jest potwornie tęgi waży 53 Ko—ma duże kobiece piersi, ogromny podkład tłuszczu na brzuchu, mons veneris, biodrach, genitalja nie są większe niż u półrocznego dziecka (wysokość 1?7 cm). Siodełko tureckie głębokie ale bez destrukcji wyrostków. Inteligencja zachowana. Zmian ocznych nie stwierdzono ani u matki ani u syna. Wassermann ze krwi u obojga ujemny.

8. Messing Z. — *Przypuszczalne zajęcie jądra zębatego na tle kiłowem.*

Prelegent pokazuje chorego S. K., lat 33, który rok temu zaraził się kiłą. Na 2 tygodnie przed przybyciem do kliniki nagle w nocy uczuł zimno w lewej dolnej kończynie, wstał wtedy, upadł i odtąd źle chodzi z powodu lewej nogi. Żadnych innych chorób ani urazów nie przechodził, pił umiarkowanie. Stan przedmiotowy w okresie przyjęcia da kliniki dnia 20.X.26. W wyglądzie chorego uderzała jego bladość. Badanie jednak nie wykryło wybitniejszej niedokrwistości. Narządy wewnętrzne bez zmian, w szczególności wątroba funkcjonuje prawidłowo. Nerwy czaszkowe bez zmian, poza wybitnem osłabieniem odruchu świetlnego obu źrenic. Ze strony kończyn i tułowia zaburzeń piramidowych ani czuciowych nie było. Natomiast była wybitna dysmetrja przy zaznaczonem drżeniu zamiarowem tylko, na lewych kończynach. Ponadto z objawów móżdżkowych stwierdzono także tylko po lewej stronie opadanie i zbaczanie na zewnątrz barku, hypodiadochokinezę, hypermetrję przy próbie chwytania i hypotonję. Nakłucie lędźwiowe: wybitna pleocytoza $\left(\frac{204}{3}\right)$, dodatni odczyn Nonnego-Appelta, normalna ilość białka. Odczyn Wassermana we krwi i w płynie wybitnie dodatni. Po przeprowadzeniu energicznego leczenia specyficznego (Hg. i novoarsenobenzol) znaczna poprawa, składnik ataktyczny zaburzenia prawie doszczętnie ustąpił, natomiast uwydatnił się w stopniu dotąd niespostrzeganym składnik drżeniowy. Obecnie ten objaw dominuje. W spokoju, w leżącej pozycji drżenia nie widać. Przy pozycji pokazywania palców, uniesienia zgiętego ramienia występuje niepokój drżący lewej górnej kończyny, idący zależnie od ustawienia od barku, głównie jednak widoczny w palcach, w nadgarstku i w przedramieniu. Są to drobne chyboczące ruchy palców, ruchy zginania i prostowania nadgarstka i ruchy przy — i odwodzenia przedramienia. Na lewej dolnej kończynie drżenie występuje najwybitniej, gdy chory, leżąc, trzyma w powietrzu kończynę zgiętą w stawie biodrowym i kolanowym. Wtedy wykonywa ona kołujące, to przywodzące i odwodzące ruchy w stawie biodrowym, lekkie zgięcia i prostowania w stawie kolanowym. Jeśli w tej pozycji trzymamy palec przy lewym paluchu chorego, niepokój dochodzi do rozmiarów, przypominających pseudosklerozę. Od czasu do czasu pojawiają się energiczne skurcze podobne do myoklonji. Przy ruchach robionych z wysiłkiem i przy chodzie niepokój zupełnie ustaje. Dodać należy, że ani z początku ani obecnie objawów pozapiramidowych nie było.

Obraz chorobowy u pokazywanego chorego składa się z ataksji i drżenia. Zrazu była obecna czysta niezborność hypermetryczna, która w miarę poprawy stanu niemal ustąpiła, przybierając natomiast cechy drżenia zamiarowego, i pojawiały się wogóle drżenia, ujawniające się w pewnych statycznych ułożeniach, znikające w początku i w ciągu ruchu, by się nasilić właściwie dopiero przy ustaleniu pozycyjnem. Co do usadowienia głównej zmiany patologicznej, to zwoje podstawne nie wchodzą w grę z powodu braku właściwych objawów pozapiramidowych. Drżenie w danym przypadku przypomina bardzo pseudosklerozę. Kwestja zaś lokalizacji drżenia w pseudosklerozie nie jest pewna. W tych przypadkach, w których drżenia tego nie było, nie było też zmian w jądrze zębatem. Wobec braku innych objawów, trudno usadowić zmianę anatomo-patologiczną w pniu mózgowym, więc także w jądrze czerwonem lub w przebiegu którejkolwiek z nóżek móżdżkowych. Przeciw usadowieniu w miąższu półkuli móżdżkowej przemawia brak wybitniejszych objawów móżdżkowych i brak takich objawów, jak asynergja, padanie i t.p. Nasuwa się więc przypuszczenie, że chodzi o zajęcie okolicy jądra zębatego. Za tem przemawiają spostrzeżenia, uzależniające pewien typ parakinez drżeniowo-myoklonicznych w jądrze zębatem (*Klien, Sioli, Haenel-Bielschowsky, Hunt, Westphal-Sioli, Belavits, Ostertag* i *Schou)*). Co do charakteru sprawy anatomicznej, należy przyjąć ognisko rozmiękczeniowe na tle kiłowego schorzenia naczyń.

9. K r u k o w s k i i N e u d i n g o w a. — *Dwa przypadki ropnego zapalenia opon mózgowych po złamaniu czaszki, zakończone wyzdrowieniem.*

Przypadek 1-szy. J. F., tragarz, lat 31, przybył 24/X-25. Przed tygodniem spadł ze schodów, stracił na krótko przytomność. Ból głowy, wymioty. Stwierdzono: krwawienie z pr. ucha, sztywność karku: stan gorączkowy, opryszczki na wargach; przekrwienie tarcz wzrokowych, brak l. AR. Płyn mózgowo rdzeniowy ropny; stwierdzono w nim laseczniki gramoujemne (kol. *Dworecki*)—Was-n ze krwi i płynu mózgowo rdzeniowego—ujemny. Roe-gram czaszki (kol. *Mesz*)—złamanie pr. kości ciemieniowej. Badanie uszu (kol. *Karbowski*)—zniesienie czynności pr. n-wu przedsionkowego. Stopniowa poprawa w ciągu paru tygodni, płyn mózgowo-rdzeniowy stał się normalny.

Przypadek 2-gi H. S., lat 25, przybył na od. 19/X-26. Przed tygodniem pobity w głowę. Krwotok z l. ucha i nosa; nie stracił przytomności. Ból głowy. Stwierdzono: stan gorączkowy, sztywność karku, zwolnienie tętna. Płyn mózgowo-rdzeniowy ropny (kol. *Dworecki*), jałowy. Roe-gram czaszki (kol. *Mesz*)—złamanie kości potylicznej. Badanie uszu (kol. *Karbowski*)—uszkodzenie n-wu przedsionkowego z l. strony.

Po paru tygodniach chory wypisał się zdrów. U obu chorych wywołano t. z. ropień fiksacyjny, zastrzyknąwszy podskórnie ol. terebinth. rectific. Rozpoznanie—w obu przypadkach zatem stwierdzono złamanie czaszki, a objawy kliniczne, w. szczególności cierpienie uszne z zajęciem n-wu przedsionkowego dowodziły, że kość skalista była naruszona.

Przypadki zasługują na szczególną uwagę ze względu na powikłanie ropnem zapaleniem opon, które uważamy zwykle za fatalne, tu zaś nastąpiło zupełne wyzdrowienie.

Dyskusja:

O r z e c h o w s k i. - Podkreśla dobry efekt ropnia fiksacyjneyo w zapaleniu opon meningskskowem i w nagminnej śpiączce. W jednym przypadku z ropniem nadtwardówkowym, operacją i następowem ropnem zapaleniem opon obserwował wyzdrowienie Płyn mózgowo-rdzeniowy był ropny i jałowy; w tych wypadkach rokowanie zwykle bywa dobre.

B r e g m a n. — Obecnie poglądy na leczenie ropnego zapalenia opon zmieniły się, otiatrzy robią w tych przypadkach zwykle operacje często z dobrym wynikiem. Czy jałowość płynu mózgo-rdzeniowego dowodzi jałowości ropy—nie wiadomo, gdyż bakterje szybko giną w płynie. Nawiązując do przypadku kol. *Leśniowskiego*, obserwował przypadek porażenia poprzecznego kończyn dolnych z zaburzeniami czucia pochodzenia rdzeniowego. Po lipjodolu górnym otrzymano obraz podobny do przedstawiouego. W okolicy zaś D_7 parę kropel lipjodolu wyszło poza kręgosłup. Co do przypadku kol. *Higie‿a* — obserwował 2 przypadki pierwotnej ślepoty z następową hemianopsją.

(C. d. n.).

Ś. p. Józefa Joteyko.

W dniu 24 kwietnia r. b. rozstała się z tym światem wybitna uczona polska ś. p. Józefa Joteyko, b. przewodnicząca Towarzystwa Neurologicznego w Brukselli, laureatka „Institut de France" i Paryskiej Akademji Medycznej.

Zmarła ukończyła wydział nauk przyrodniczych w Genewie, nauki lekarskie w Paryżu, neurologję i psychjatrję studjowała w klinikach Charcot, Raymond, Ballet, Brissaud, Pierre Marie i Déjerine. Przez kilka lat zajmowała się praktyką lekarską w Paryżu.

W tym czasie zjawiły się jej pierwsze prace nad odżywianiem, zatruciem, pracą i zmęczeniem układu nerwowego i mięśniowego. Następnie ś. p. J. Joteyko przeniosła się do Brukselli, tam zaczęła pracować w Instytucie energietycznym Solvay'a, skąd przeszła na stanowisko kierowniczki pracowni psychofizjologicznej Uniwersytetu brukselskiego, gdzie pozostawała przez lat 14. Na tem stanowisku rozwinęła niezmiernie różnorodną i płodną działalność naukowa. Prace Jej nad zmęczeniem mięśni nabrały światowego rozgłosu. Już Weger, Kiljan, Valentin, a z nowszych autorów Richet zwrócili uwagę na fakt, że ślady znużenia ustępują z izolowanego mięśnia żaby. Fakt ten, nie ulegający najmniejszej wątpliwości, przemawiał przeciwko teorji toksycznej zmęczenia oraz podobnej teorji snu. J. wyjaśniła, że wypoczynek mięśni następuje dzięki działaniu tlenu powietrza, który przyswajany przez włókna mięśniowe, usuwa ślady zmęczenia i odnawia je ponownie. Obserwowała działanie trucizn na układ mięśniowy. Przeprowadzała cały szereg badań nad zmęczeniem neuromięśniowem z pobudliwością elektryczną mięśni i nerwów. Stwierdziła, że zamykanie i otwieranie prądu stałego działa pobudzająco na istotę włókienkową anizotropową, podczas gdy prąd stały pobudza głównie sarkoplazmę. Reakcja sarkoplazmy znana jest w nauce pod nazwą „Kurczu Joteyko".

Badania myograficzne Joteyko znalazły potwierdzenie w pracach anatomopatologicznych nad chorobą Thomsena. Dzięki tym badaniom J udało się wyjaśnić mechanizm fizjologiczny OZ mięśnia, t. z. zespołu Erba Krzywa OZ nosi w nauce nazwy „Krzywej Joteyko". Dalej J. przeprowadziła cały szereg badań nad brakiem czucia mięśni, nerwów i ośrodków nerwowych, w wyniku których doszła do wniosku, że zniesienie czucia bólu jest zjawiskiem korowem. Obszerną pracę o zmęczeniu zamieściła J. w roku 1903

w wydawanem przez Ch. Richeta "Dictionnaire de Physiologie". Do najbardziej cennych zdobyczy naukowych należy zaliczyć prace J. nad psychofizjologją bólu. Dowiodła w nich, że strona lewa ustroju jest więcej wrażliwa na ból, niż prawa (prawo Joteyko), przyczem objaw ten spostrzega się również i u leworęcznych.

Jako przewodnicząca I kongresu neurologów i psychjatrów belgijskich w roku 1905, wygłosiła odczyt o istotach wywołujących ból, w którym wykazywała całą różnorodność tych czynników. Silne podrażnienie bólowe działa nie wskutek nasilenia danego czynnika, lecz jako wynik działania wytworzonych produktów toksycznych.

W tym czasie J. ogłosiła drukiem kilka prac z dziedziny neurologji, których tytuły są następujące: Prawa ergografii, analiza matematyczna krzywych zmęczenia jako przyczynek do rozpoznawawnia schorzeń nerwowych; przypadek skurczów twarzy wyleczony przez suggestję; działanie znieczulające mentolu, o padaczce u Marji Leszczyńskiej; dwoistość czynnościowa mięśni i wiele innych. Drukując i wygłaszając swe prace przeważnie w języku francuskim, po części niemieckim i włoskim J. nie zapominała o kraju ojczystym utrzymywała z nim żywy kontrakt i zasilała licznemi pracami czasopisma naukowe polskie, jak Przeląd lekarski, Nowiny lekarskie, Przegląd filozoficzny, Ateneum i inne. Joteyko w roku 1906 była wybraną przewodniczącą Towarzystwa neurologów belgijskich. W przemówieniu powitalnem zaznaczyła, że nie jest neurologiem - praktykiem, lecz badaczem psychofozjologji układu nerwowego. Podkreśliła przytem, że nie należy ograniczać pojęcia i zadań neurologji do prac nad kliniką chorób nerwowych, one winny obejmować równie antomję, histologję fizjologję i psychologję.

W roku 1911 J. zostaje generalną sekretarką pierwszego międzynarodowego Kongresu Pedologji. Redaguje belgijskie czasopismo psychologiczne „La Revue Psychologique". Nauka o dziecku porywa naszą uczoną i oto w roku 1912 zakłada w Brukselli Fakultet Pedologiczny, gdzie wykłada, pisze, ogłasza, zachęca i propaguje młodą i pełną nadziei naukę. Wielka wojna i zajęcie Brukselli przez niemców wytrąca Ją z drogi pracy, wyjeżdża do Paryża, gdzie zostaje serdecznie przyjęta przez uczonych francuskich. Charles Richet oddaje Jej do dyspozycji swoją pracownię w szkole medycznej. Joteyko wśród huku armat wydaje znów cały szereg prac o znużeniu dotyku, wreszcie o pracy i jej organizacji. Tu w Paryżu czekał Ją wielki i zasłużony zaszczyt: ofiarowano Jej katedrę w Collège de France, gdzie z polaków wykładał jedynie Adam Mickiewicz. A jednak uczona nasza rzuciła wszystko, kiedy powrót do Polski stał się możliwym. Wraca do Warszawy, obejmuje katedrę ogólnej i pedagogicznej psychologji w Państwowym Instytucie Pedagogicznym, gdzie prowadzi również laboratorjum psychologiczne, zaczyna wydawać jedyne pismo psychologiczne w Polsce p. t. „Biuletyn Koła Psychologicznego", obejmuje wykłady psychologji w Wolnej Wszechnicy Warszawskiej, kołacze, niestety napróżno, do wrót odrodzonego Uniwersytetu Warszawskiego. I tu Ją spotyka bolesny i ciężki zawód, bodaj czy nie największy w życiu. W tym czasie traci placówkę naukową: Instytut Pedagogiczny zostaje zamknięty. Zamieszkuje skromny pokoik na 5 piętrze przy ul. Wilczej i zaczyna z zapałem pracować nad tak bardzo przez siebie umiłowanem dzieckiem polskiem.

W prędkim czasie przekształca wydawany przez siebie Biuletyn na Polskie Archiwum Psychologji, obejmuje wykłady w Instytucie Pedagogiki Specjalnej, gdzie wykłada metodologję badań psychologicznych licznym nauczycielom szkół specjalnych, pisze i drukuje liczne prace z dziedziny pedagogji psychologji, staje się pionierką psychotechniki, wreszcie bierze żywy udział w organizowaniu młodego i jeszcze niedomagającego szkolnictwa ojczystego, rzucając na szalę całą swą głęboką wiedzę. W Zmarłej traci nauka niepospolitego i pełnego twórczości badacza, Polska nietylko uczonego wielkiej miary, lecz również zasłużonego obywatela, dla którego największym nakazem była służba społeczna.

Wł. Jarecki.

Ś. p. Włodzimierz Bechtierew.

Zmarły w grudniu r. ub. uczony rosyjski należał do najwybitniejszych neurologów współczesnych. Prace Jego z dziedziny anatomji i fizjologji ośrodkowego układu nerwowego mają wartość pierwszorzędną. W 1907 r. wydał swe słynne „Podstawy nauki o funkcjach mózgu". Oprócz tych prac Bechtierew opisał szczegółowo i wyodrębnił kilkanaście jednostek chorobowych z dziedziny neurologji i psychjatrji, tak organicznych jako też i czynnościowych. Opisał wiele nowych odruchów i zespołów, z których najbardziej znany jest odruch Mendel - Bechtierewa. Jedną z największych Jego zasług było wyodrębnienie nowej nauki na podłożu anatomicznem tak zw. refleksologji, która obejmuje całokształt ustroju życia człowieczego oraz jego odruchy na bodźce zewnętrzne, nie wykluczając socjalnych, jak również wpływów dziedziczności.

Jako niestrudzony organizator założył Instytut Psychoneurologiczny i Refleksologiczny oraz pismo „Newrołogiczeskij Wiestnik". Oprócz tych kapitalnych prac neurologicznych Bechtierew położył wielkie zasługi dla nauki o dzieciach. Był propagatorem szczegółowego opracowania metodyki badania dziecka. W zakresie tym ogłosił wiele cennych prac. Do Instytutu Psychoneurologicznego wprowadził wykłady psychologji wieku dziecięcego. W 1909 zorganizował na wielką skalę zakreślony Instytut Pedologiczny.

Był zarazem wybitnym działaczem społecznym, dzięki Jego wysiłkom powstał Instytut Antyalkoholowy. Zmarł w 60-ym roku życia w Moskwie, dokąd wyjechał na zjazd psychoneurologiczny.

Sprawozdania i oceny.

Constantin v. Economo. *Budowa komórkowa normalna kory mózgowej.* (L'architecture cellulaire normale de l'écorce cérébrale. Edition francaise par le Dr Ludo van Bogaert. Masson et C-ie Editeurs, Paris 1927.

Dla neurologów pragnących zapoznać się z wynikami badań cytoarchitektonicznych kory mózgowej praca v. Economo, wydana po francusku przez van Bogaerta, stanowi nabytek nieoceniony. W nadzwyczaj jasnym i zwięzłym wykładzie podaje ona wszystko to, czego dotychczas w tej dziedzinie badań dokonano. Po krótkim rysie historycznym autor opisuje przeciętny typ podziału kory mózgowej na warstwy komórkowe i postacie typowe komórek napotykanych w tych warstwach, zaznacza przytem, że większa część kory mózgowej wykazuje podział na sześć warstw komórkowych, tworząc tak zw. isocortex, zaś tylko nieznaczna część kory wykazuje uwarstwienie uboższe, lub nawet brak uwarstwienia, tworząc tak zw. allocortex. W obrębie isocortex można wyodrębnić pięć rozmaitych typów uwarstwienia, trzy z nich spotykamy w korze o budowie homotypicznej, dwa pozostałe należą do kory heterotypicznej. Do kory homotypicznej zaliczamy: 1) uwarstwienie o typie kory płata czołowego z przewagą rozwoju warstw komórek piramidowych, 2) uwarstwienie o typie płata ciemieniowego z wyraźnym rozwojem warstw komórek ziarnistych i drobniejszemi komórkami piramidowemi, wreszcie 3) uwarstwienie o typie biegunowym o korze cieńszej, wybitnem skupieniu komórek we wszystkich warstwach i wybitnym rozwoju warstw komórek ziarnistych. Do kory heterotypicznej należą: 1) typ bezziarnisty właściwy korze ruchowej, wykazujący wybitny rozwój warstw komórek piramidowych o wielkich wymiarach i pozbawiony warstw komórek ziarnistych i 2) typ ziarnisty właściwy ośrodkom zmysłowym kory, wykazujący wybitny rozwój warstw komórek ziarnistych przy słabym rozwoju komórek piramidowych. Po tym opisie ogólnym i po przytoczeniu danych liczbowych co do grubości kory mózgowej, jej poszczególnych warstw i liczby komórek w tych warstwach autor przechodzi do opisu szczegółowego uwarstwienia kory mózgowej w różnych jej płatach, przyczem zaznacza, że granice płatów określone na podstawie badań cytoarchitektonicznych nie zupełnie odpowiadają granicom znanym z anatomji opisowej, W obrębie każdego z płatów autor wyodrębnia szereg pól o budowie odrębnej i wykazuje związek tych różnic miejscowych w budowie kory z różnicami czynnościowemi. Praca v. Economo wydana nader starannie,

ozdobiona szeregiem pięknych tablic stanowi cenny nabytek w piśmiennictwie neurologicznem. *Jan Koelichen.*

Dr. M. Brunowa. *Dziedziczność konstytucji psychicznej i psychoz konstytucjonalnych.* Str. 47. Warszawa 1927.

Nakładem Uniwersytetu wyszła w druku niewielka objętością, bogato ilustrowana rozprawa z Warszaw. Klin. Psychjatr. pod powyższym tytułem. Jest ona poniekąd dalszym ciągiem pracy tejże autorki, drukowanej pod tytułem „Obarczenie dziedziczne trzech rodów" w zeszłorocznym „Roczniku Psychjatrycznym". Rozprawa omawia 7 nowych rodzin na tle ich genealogicznych tablic. Prezentują się więc: 1) rodzina o wybitnem jednoimiennem obarczeniu syntonicznem, 2) rodzina z obarczeniem polimorficznem i dziedziczeniem jednoimiennych zdolności artystycznych, 3) rodzina gdzie matka probandki jest wybitnie schizoidalna (z bezpośredniem dziedziczeniem schizofrenji paranoidalnej przez kilka pokoleń), zaś ojciec obarczony polimorficznem zwyrodnieniem duchowem (z objawami względnej regeneracji i dużych zdolności w młodszem pokoleniu, 4) rodzina z dziadkami schizoidalnymi, ojcem paranoikiem i matką schizofreniczką (trzy przypadki schizofrenji w rodzeństwie), 5) dziedziczne przekazywanie konstytucji syntonicznej i schizoidalnej córce z psychozą o typie mieszanym, 6) obraz psychotyczny mieszany u trojga rodzeństwa z dziedziczeniem bezpośredniem i równoległem zaburzeń umysłowych i wewnątrzwydzielniczych, 7) rodzina, gdzie ojciec dotknięty jest konstytucją syntoniczną, matka schizoidalną (w następnych pokoleniach dzieci i wnuki z psychozami o konstytucji mieszanej.

Praca kol. *Brunowej* staje więc poważnie obok dawnych prac czysto psychjatryczno-genealogicznych o nieprzemijającej wartości naukowej polskich autorów, jakiemi są studja Borowieckiego, Minkowskiego, Morawskiej-Oszerowicz, Morawskiego, Piltza i Wilczkowskiego. *St. Higier.*

Dr. Ludwig Frank. *Von Liebes und Sexualleben.* II tomy. Georg Thieme. Verlag. Leipzig. Cena 14,40 mk. w oprawie 16,50 mk.

Autor, znany neurolog zurichski, stara się w dziele powyższem, wypełnić lukę, jaką dotkliwie odczuwają lekarze, prawnicy oraz wychowawcy przy leczeniu, sądzeniu wreszcie wychowywaniu. Zagadnienia życia płciowego, jako tyczące się istoty życia oraz miłości, tego najpotężniejszego uczucia w życiu człowieka, przez długie lata należały do kategorji spraw, niedocenionych przez naukę. Nie darmo literatura piękna, to wierne odbicie życia, jest przesycona erotyzmem. Erotyzm zabarwia zasadniczo nie tylko życie normalne, lecz również i patologiczne jednostki. Dopiero w ostatnich czasach poczęto zwracać baczną uwagę na doniosłe znaczenie życia płciowego. Stwierdzono, że wiele zaburzeń nerwowych ma swoje źródło w nieprawidłowościach życia uczuciowego, a zwłaszcza seksualnego. Jednakże i dziś jeszcze, twierdzi Frank, lekarze nie doceniają znaczenia życia uczuciowego dla osobnika zupełnie zdrowego, jak również krzywdy, jaką to życie uczuciowe spaczone, może wyrządzić jednostce. Studenci medycyny nie są w stanie zapoznać się z niesłychaną wielorakością psy-

chobiologicznych przejawów życia miłosnego i wogóle płciowego. W jeszcze gorszej sytuacji znajdują się prawnicy, teologowie oraz wychowawcy, którzy przez całe swoje życie mają dużo do czynienia z przejawami normalnego lub patologicznego życia płciowego. Autor zwraca uwagę na nowsze badania psychjatrji oraz psychologji, które, aczkolwiek oparte na doświadczeniu, w zakresie badań zagadnień seksualnych popełniają wiele błędów i niedokładności. Rozpoczęte obecnie prace nad konstytucją zapewne będą w stanie rzucić nowe światło na istotę życia płciowego i wyjaśnić nam znaczenie wielu szczegółów tego życia.

Słusznie dowodzi autor, że wobec miljonowych ofiar ostatnich wojen zagadnienia polityki populacyjnej wysuwają się na czoło zagadnień społecznych. Do spraw tych należą: zmniejszenie umieralności niemowląt, roztoczenie troskliwej, a zarazem rozumnej i nie przesadnej opieki nad młodzieżą, przygotowywanie kobiet do macierzyństwa, ułatwianie zawierania małżeństw, zwalczanie handlu żywym towarem, jak również środków spędzających oraz planowa rozbudowa miast, jako najbardziej skuteczny środek w walce z przepełnieniem mieszkań.

Dalej Frank zwraca uwagę na konieczność wprowadzenia pewnych reform w programach szkolnych chodzi mu głównie o pełniejsze i zarazem dokładniejsze ujęcie zagadnień embrjologji w programach nauk przyrodniczych, o ściślejsze porozumienie się pomiędzy lekarzem szkolnym, wychowawcą i rodzicami w sprawie zdrowia młodzieży, podkreśla zarazem, że najbardziej poufne sprawy życia płciowego nie mogą być nigdy objęte programem nauki urzędowej, sprawy te zawsze będzie się ukrywało w cieniu zwierzeń i pełnych zaufania wynurzeń indywidualnych.

Dzieło swe podzielił autor na działy: ogólny, tyczący się wieku dziecięcego, młodzieńczego, rozstroje życia małżeńskiego wreszcie zmiany wsteczne, towarzyszące okresowi przekwitania. Dzieło omawiane nie jest traktatem naukowym, jest to raczej zbiór rozważań, wskazówek i rad doświadczonego serdecznego przyjaciela, który zastanawiając się nad tysiącznemi przyczynami niedoli ludzkiej, znając doskonale naturę ludzką i jej słabe strony, wskazuje sposoby uniknięcia rozbicia życiowego i podaje środki zaradcze na przyszłość.

Jako książkę dobrą, pisaną z wielkiem umiłowaniem człowieka, a zarazem przystępnie, gdyż pisaną nie tylko dla lekarzy, możemy ją polecić zwłaszcza młodszej generacji lekarzy - neurologów, dla których niektóre działy tej książki będą prawdziwą rewelacją. *Wł. Jarecki.*

Henri Baruk. *Zaburzenia umysłowe w guzach mózgu.* Str. 396. Paryż, Doin 1826.

W obszernej i wyczerpującej monografji autor rozpatruje zaburzenia umysłowe w przebiegu guzów mózgu, na podstawie 55 przypadków dotąd nieogłoszonych (z tycb 35 własnych) z szerokiem uwzględnieniem piśmiennictwa. W obserwowanych 55 przypadkach zaburzenia psychiczne spotkał 41 razy. Najczęściej jednak zaburzenia są nieznaczne i schodzą na drugi plan wobec objawów cielesnych. Zdarzają się jednak postacie, w których zaburzenia psychiczne wypełniają prawie wyłącznie obraz chorobowy i są tak nasilone, że zachodzi nawet konieczność internowania chorego. Autor

rozróżnia 1-o zaburzenia zależne przedewszystkiem od wzmożonego ciśnienia śródczaszkowego i 2-o zaburzenia w związku z umiejscowieniem guza.

1. a) Zaburzenia psychiczne w pełnym rozwoju sprawy chorobowej idą w parze ze wzmożeniem ciśnienia śródczaszkowego, często jednak występują po dłuższem już trwaniu tegoż. Są one dość powierzchowne i o zmiennem nasileniu. Najczęściej spotyka się stany splątania wyrażające się jużto spowolnieniem wszelkich czynności psychicznych, jużto występują bredzenia, desorjentacja w czasie i przestrzeni, iluzje, zaburzenia pamięciowe, konfabulacja. b) Czasami objawy psychiczne występują już bardzo wcześnie jako zwiastuny pod postacią stanów neurastenicznych, depresyjnych, melancholji, w okresie gdy jeszcze wcale nie spostrzega się ani objawów wzmożonego ciśnienia ani też neurologicznych. Wreszcie c) w późnych okresach choroby, objawy psychiczne przedtem powierzchowne i o charakterze przemijającym, pogłębiają się prowadząc do otępienia. Mamy wtedy przed sobą obrazy przypominające jużto porażenie postępujące, jużto otępienie starcze. Często w obrazie chorobowym występują na pierwszy plan euforja i puerylizm. W tym okresie mogą występować urojenia usystematyzowane.

2. Zaburzenia zależne od lokalizacji. a) W guzach płata czołowego objawy psychiczne występują w wybitnym stopniu już w samym początku choroby i dominują w obrazie chorobowym pozorując chorobę umysłową. Spostrzega się tu stany splątania, lub stany przypominające porażenie postępujące. Czasem spotyka się podniecenia euforyczne, puerylizm, nierzadko zboczenia moralne, torpor, apatję i osłabienie intelektu. b) Podobnie sprawa przedstawia się i przy guzach spoidła wielkiego przyczem stan psychiczny komplikuje się tu jeszcze apraksją. Czasem obok objawów psychicznych występują i zaburzenia mowy lub zespół wrzekomo-opuszkowy. c) Objawy psychiczne w guzach okolicy 3 komory, ciał czworaczych i szyszynki wyrażają się przedewszystkiem zaburzeniami snu, mającymi duże znaczenie rozpoznawcze. Mogą też występować napadowo stany podniecenia psycho-motorycznego. Różne charakterystyczne zespoły neurologiczne pozwalają bliżej określić każdą z wymienionych bliżej okolic. d) W guzach okolicy skroniowo-ciemieniowo-potylitycznej ważną rolę odgrywają halucynacje. W szczególności halucynację wzrokowe, które występują najczęściej, mają charakter elementarny (światło, barwy i t. p.) przy umiejscowieniu w okolicy potylicznej, natomiast przy umiejscowieniu skroniowem są one bardziej złożone. Zwidywania wzrokowe przy umiejscowieniu skroniowem pochodzą — jak wykazują badania z pracowni Cuchinga — stąd, że włókna wzrokowe wychodząc z ciała kolankowatego, dążą do szczeliny ostrogowej okrężną drogą poprzez płat skroniowy. Dlatego też można spotkać nieraz przy sprawach toczących się w płacie skroniowym niewidzenie połowicze. Przy tem umiejscowieniu występują też często halucynacje smakowe i węchowe, natomiast słuchowe są o wiele rzadsze. Zaburzenia psychiczne w guzach innych okolic nie przedstawiają nic charakterystycznego.

Co się tyczy rozpoznania, to w przypadkach nietypowych zaburzeń psychicznych należy myśleć o możliwości guza i w tym kierunku przeprowadzać badania. Pod względem rozpoznania różniczkowego lokalizującego, pamiętać należy, że wczesne występowanie zaburzeń psychicznych dopro-

wadzające do osłabienia funkcyj psychicznych przemawia za guzem czołowym lub spoidła wielkiego, zaburzenia snu za okolicą podstawy czaszki lub śródmózgowia, wreszcie halucynacje wskazują na zajęcie okolicy skroniowo-ciemieniowo-potylicznej.

Co do terapji to w razie niemożności usunięcia guza, wchodzi w grę dekompresja i radjoterapja, która jest jednak przeciwwskazana w okresie narastania objawów wzmożonego ciśnienia śródczaszkowego.

Praca napisana jasno i przejrzyście może zainteresować zarównwo neurologa jak i psychjatrę. *Łucja Frey.*

Prof. Dr. Franciszek Krzyształowicz. *Choroby skóry.* Warszawa 1928.

Wydany obecnie przez prof. Krzyształowicza podręcznik chorób skóry stanowi niejako ciąg dalszy wydanej w r. 1926 etjologji i patogenezy chorób skórnych. W podręczniku znajdujemy uwagi ogólne o leczeniu chorób skórnych i opis postaci klinicznych tych chorób, które autor dzieli na wady wrodzone i dziedziczne, zmiany urazowe, choroby pasorzytne, schorzenia skutkiem zatrucia, schorzenia z przyczyny wewnętrznej i nowotwory złośliwe. W dziale przedostatnim znajdujemy rozdział, poświęcony schorzeniom związanym z układem dokrewnym i wegetacyjnym, który może najbardziej zająć neurologów, omówione są tu postacie chorobowe, których zależność od gruczołów dokrewnych i układu wegetacyjnego jest już stwierdzoną i wyjaśnioną, jak również te co do których istnieje dotychczas jedynie podejrzenie takiej zależności. Opisy kliniczne, ujęte są zwięźle, lecz jasno i wyczerpująco, a przytem ilustrowane pięknemi zdjęciami fotograficznemi, które niespecjalistom ogromnie ułatwiają zapoznanie się z omawianemi typami schorzeń. Podręcznik prof. Krzyształowicza, napisany pięknym językiem nawet niespecjalista czyta z wielkiem zajęciem i korzyścią.

Streścił *Jan Koelichen.*

Polska Bibljografja Lekarska za rok 1926 — 1927. **S. Konopka.** Warszawa 1927, str. 231.

Jest to drugi rocznik, zawierający spis prac lekarskich polskich i przez polaków w obcych językach drukiem ogłoszonych w czasie od 1-go lipca 1926 do 1 lipca 1927 r. w czasopismach lekarskich i książkach zbiorowych nielekarskich.

Bibljografja opracowana została systemem krzyżowym, według autora najlepszym i najbardziej przejrzystym, alfabetycznie i rzeczowo z t. zw. odsyłaczami rzeczowemi. W 2371 pozycjach stwierdza się 273 w językach obcych, głównie we francuskim i niemieckim, pojedyńcze w hiszpańskim, bułgarskim, chorwackim i esperanckim. Cyfry te wskazują, że piśmiennictwo lekarskie rozwija się pomyślnie, prasa perjodyczna znacznie się powiększyła. Do wzmożenia ruchu wydawniczego przyczyniły się w dużej mierze zjazdy lekarskie i jubileusze.

Z wdzięcznością powitać należy w przedmowie polskiej i francuskiej uwagę autora, że zamierza wydać bibljografję od r. 1901. Gdyby Warszawskie Tow. Lek. wróciło do tradycji dawnych dobrych czasów „Pamiętnika" i zabrało się — co już w innych krajach cywilizowanych się robi od kilku

lat — do wydania streszczeń i ocen prac za czas wojny i powojenny i gdyby różne poszczególne Sekcje i Tow. Lek. różnych specjalności w Warszawie wydały w druku swoje protokuły za ubiegłe, opóźnione i przepuszczone lata, to lekarze, pracujący naukowo, mieliby w przyszłości bardziej ułatwione zadanie i nie narażaliby się na słuszny zarzut, że cytują prace zagraniczne, a lekceważą i zapominają o własnych.

H. Higier.

Warszawski Kalendarz Lekarski na r. 1928. Warszawa.

Ukazał się w druku od lat kilku bardzo popularny i przez lekarzy-praktyków bardzo mile widziany Kalendarz na r. 1928, wytłoczony bardzo czysto i bez błędów w 4000 blisko egzemplarzach na papierze bezdrzewnym w „Drukarni Technicznej". Redaktor i wydawca kol. B. Birncwajg wywiązał się w tym roku z zadania bez zarzutu i bez opóźnienia.

Składa się Kalendarz z 3-ch części: naukowej, informacyjnej i bibljograficznej. Z zadowoleniem cofam w tym roku zeszłoroczny zarzut o absolutnym braku, niedopuszczalnym w tego rodzaju wydawnictwach, działu informacyjnego. Jeśli porównać go z kalendarzem z r. 1927, to się okazuje, że na karb zeszytu „naukowego", zasilanego przez grono poważnych lekarzy z różnych specjalności — przeważnie dawnych znajomych z ubiegłych lat — i słusznie zredukowanego do połowy, powstał zeszyt informacyjny, blisko 300 stronic obejmujący, a niezbędny lekarzowi zarówno w stolicy jak po za nią na każdym prawie kroku (ustawodawstwo sanitarne, Departament Służby zdrowia, Sanitarny M. S. Wojsk. i Sanit. Komunikac., Zakłady Państw. Hygieny, Wydział Hygieny Szkolnej, Wojewódzkie Urzędy Zdrowia, Uniwers. Wydziały Lek., Szpitale, Poradnie, Stałe Opieki, Izby, Prawa i Tow. Lek., Spis lekarzy i aptek). Uderza brak krótkiej wzmianki o podatkach i organizacji Kasy Chorych.

Dokładność adresów lekarzy jest pochwały godna.

Nie będą nadal mogli narzekać na zapomnienie przez społeczeństwo dawno ubyli z naszego grona koledzy, gdyż i o tych, co zginęli waleczną i chwały pełną śmiercią kolegach, w okresie panowania dawnych rosjan, niemców-okupantów i wojujących bolszewików, są podane dokładne adresy i godziny przyjęć.

Specjalna wzmianka należy się zeszytowi Polskiej Bibljografji Lek. opracowanej przez S. Konopkę, a zawierającemu na 230 stronicach z górą 2370 pozycji o pracach lekarskich z r. 1926/27. Wyszła ona też oddzielnie i jest do nabycia w handlu w oddzielnej odbitce. *H. Higier.*

Der Nervenarzt. Wyd. **Juljusza Springera**. Berlin. Abonament roczny 48. R. M.

Miesięcznik, jak głosi wzmianka wydawcy, poświęcony „wszelkim działom czynności lekarza-neurologa z szczególnem uwzględnieniem ustosunkowań psychosomatycznych".

Sądząc z pierwszego zeszytu, obejmującego 72 stronic, pismo zawiera na pierwszem miejscu dział krótszych prac oryginalnych *(Hombur-*

ger, Lotmar, Maeder, Hansen, Heymann, Kohn, Kronfeld) z różnych dziedzin, z przewagą nerwic i psychonerwic, dział artykułów praktycznych (*Schreiber*), dział korespondencyjny z zagranicy, dział pytań i odpowiedzi i wreszcie rozdział ostatni, dotąd wielce niekompletny, streszczeń z prac neurologicznych, psychologicznych i psychjatrycznych.

Odpowiedzialnym redaktorem za dział oryginałów jest *W. Mayer-Gross*, psychjatra heidelberski, za część referatową *E. Straus*, neurolog berliński. Zewnętrzna strona miesięcznika jest bez zarzutu, jak wszystkie wydawnictwa wszechświatowej firmy J. Springera.

H. Higier.

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA OBCEGO.

Norman Dr. J. H.: Mental Disorders. A. Handbook for students and Practicioners. Cr 8vo. pp. 479. Sh 14/.

Rue D. W. la: Mental Hygiene. 8vo. Sh. 10/.

Noxes A. P.: A Text Book of Psychiatry. 8vo. Sh. 11/.

Pasquiter - Desvignes A.: Délire d'un paranoiaque mystique. Vintras et l'oeuvre de la miséricorde. XIV - 84 p. Fr. 15.

Forgue E.: Précis de pathologie externe. 2 vol. 2590 p. Cart. Fr. 150.

Maier H. W.: La Cocaine. Histoire, pathologie, clinique, therapeutique, défense, sociale. Bibl. scientif. 480 p. Fr. 30.

Teulié G.: Les Rapports des langages néologiques et des idées délirantes en medicine mentale. (165 S.) 4⁰. Rm. 4.50.

Hirschlaff Leo: Hypnotismus und Suggestivtherapie für Ärzte und Studierende. 4 Aufl durchges. von J. Schultz. (XII, 274 S.) 8⁰. Lw. Rm. 10.

Verhandlungen: der Gesellschaft Deutscher Nervenärzte. 19. Jahresversammlg, geh. zu Wien vom 15 - 17 Sept. 1927. (XXXIV, 385 S.) gr. 8⁰. Rm. 30.

Mendelsohn Martin: Das Herz - ein sekundäres Organ. Eine Kreislauftheorie. (83 S. 2 farb. Taf.). gr. 8⁰. Rm. 3.50.

Schurig Albert: Die Nervenschmerzen, ihre Behandlg u. Heilg. (30 S.) gr. 8⁰. Rm. 1.50. geb. 2.50.

Blum K.: Hysterie. Die abnormen seel. Reaktionen im Körperlichen (V, 26 S.) 4⁰. Rm. 2.40.

Conklin E. S: Principles of abnormal psychology. 8⁰. Doll. 4.50.

Kaudersso: Keimdrüse,, Sexualität und Zentralnervensystem. (III, 194 S.). 4⁰. Rm. 10.80.

Klemperer G.: Grundriss der klinischen Diagnostik. 24 neubearb Aufl. 1927. VIII, 334 S. 8⁰. Lw. Rm. 15.

Korbsch R.: Lehrbuch und Atlas der Laparo — und Thorakoskopie. 1927. (73 S.) gr. 8⁰. Rm. 10. Lw. Rm. 12.

Kröner W.: Das Rätsel von Konnesreuth und Wege zu seiner Lösung. Studie e. Parapsychologen. Mite. Geleitw. von H. Driesch. (91 S.) 8⁰. Rm. 3. Hlw. 4.50.

Ruthemann R.: Eine kurze, prakt. Einführung in Das Wesen der Druckpunkt - Massage und ihre Anwendung zur Verhütung und Heilung von Nervenleiden. (36 S.) 8⁰. Rm. 1.

Schindler R.: Nervensystem und spontane Blutungen mit bes. Berücks. d. hyster. Ecchymosen u. d. Systematik d. hämorrhag. Diathesen. (III, 68 S.) 4^0. Rm. 4.20.
Stevanovic B. B.: Experimental study of the mental processes involved in judgment 8^0. Sh. 10.
Taylor W. S.: Readings in abnormal psychology and mental hygiene. 8o. Sh. 16/.
Valentine P. F.: The psychology of personality. 8o Doll. 2.50.
Arrythmien, Ueber des Herzens: Aerztl. Fortbildgskurs in Bad Nauheim. (53 S) gr. 8o. Rm. 3.50.
Bing R.: Kompendium der topischen Gehirn und Rückenmarksdiagnostik. Kurzgef. Anleitg. zur klin. Lokalisation der Erkrankugen u. Verletzgn. d. Nervenzentren. 7 verm. u. verb. Aufl. (VIII, 259 S.). 4o. Rm. 10. geb. 12.40.
Congrès Français de Médicine: 19-e session Paris. Octobre. 1927 Rapports. 3 vol. 8o. Fr. 65.
Curschmann H.: Endocrine Krankheiten. Mitte. Beir. von F. Prange. (VIII, 151 S) 8o. Rm. 8.50., geb. 9.75.
Frisch F.: Das vegetative System der Epileptiker. 1927. (IV, 57 S.) 4o. Rm. 4.80.
Gordon R. G.: The neurotic personality. 8o. Sh. 16/6.
Griffith P.: A synthetic psychology or evolution as a psychological phenomenon. 8^0 Sh. 7/6.
Hirschluff L. u. j. *Schultz:* Hypnotismus und Suggestivtherapie für Aezte u. Studierende. 4 Aufl. durchges 1928. (XII, 274 S.) kl. 8^0. Geb. Rm. 10.
Klink H.: Beitrag zur Klinik und Pathogehese der perniziösen Anämie. (54 S.) 8^0. Rm. 1.50.
Lemke H.: Nierenstein, Nierengriess, Nierenkolik. (16 S.) gr. 8^0. Rm. 1.
Mitchell T. W.: Problems in Psychopathology 8^0. Sh. 9/.
Siemerling E.: Repetitorium der praktischen Neurologie. (172 S.) 8^0. Rm. 4.80.
Ssepp E. K.: Klinitscheskij analisis nervnych bolesnej I. (Die klinische Analyse der Nervenkrankheiten). 8^0. Geb. Rbl. 5.35.
Unger W.: Differentialdiagnose der Psychoneurosen, funktionellen Neurosen und Erschöpfungszustände 1927. gr. 8^0. Rm. 8.
Becker E.: 1. Die neuzeitliche Behandlung des Diabetes mit Insulin, mit bes. Berücks. der im Marinelazarett. Kiel-Wik behandelten Fälle. 2. Dienstbeschädigungsfrage bei Neurosen. Bearb. von E. Schulte-Ostrop. (58 S.) gr. 8^0. Rm. 3.60.
Commutator: Homosexualität. 8^0. Fl. 2.90.
Hyslop T. B.: Mental handicaps in art. With a foreword by A. Thomson. 1927. (XIV, 98 S.) 8^0. Sh. 3/6.
Kronfeld A.: Die Psychologie in der Psychiatrie. Eine Einf. in d. psycholog. Erkenntniswesen innerhald d. Psychiatrie u. ihre Stellung zur klinisch-pathol. Forschung. (VIII, 106 S.) 8^0. Rm. 4.80.
Wallin J. E. W.: Clinical and abnormal psychology Illustr. 8^0. Doll. 3/.
Wertheimer F. I.: The significance of the physical constitution in Mental disease. With a preface. by L. F. Barker. (100 S.) 5 Taf. 8^0. Sh. 11/6.

Książki powyższe są do nabycia w księgarni Trzaska, Evert, Michalski. Warszawa. Hotel Europejski.

KOMUNIKATY.

Uczczenie pamięci ś. p. rektora d-ra med. Józefa Brudzińskiego.

Za inicjatywą Polskiego Towarzystwa Pedjatrycznego oraz Koła Medyków Studentów Uniwersytetu Warszawskiego odbyło się w dn. 11.XII 1927 uroczyste posiedzenie, poświęcone uczczeniu pamięci rektora d-ra med. Józefa Brudzińskiego w X-tą rocznicę Jego śmierci o godz. 5-tej w auli Uniwersytetu Warszawskiego Krakowskie-Przedmieście 26-28 z następującym porządkiem posiedzenia: 1) Zagajenie, sekretarz stały P. T. P. Władysław Szenajch. 2) Brudziński jako rektor, Jego Magnificencja rektor ks. dr. Antoni Szlagowski. 3) Życiorys Brudzińskigo, dr. med. Stanisław Łyskawiński. 4) Działalność Brudzińskiego na terenie Łodzi, dr. med. Tadeusz Mogilnicki. 5) Prace naukowe Brudzińskiego, prof. dr. Mieczysław Michałowicz. 6) Brudziński jako student, dr. med. Jan Pieniężek. 7) Stosunek rektora Brudzińskiego do młodzieży akademickiej, st. med. Jan Rutkiewicz.

V-ty międzynarodowy zjazd klimatoterapji.

(Pismo okólne do lekarzy).

W r. b. w dn. od 21—29 maja odbędzie się w Bukareszcie pod patronatem królowej Marji Rumuńskiej V-ty międzynarodowy zjazd klimatoterapji (Thalassotherapie), połączony z wystawą balneologiczną, klimatologiczną i turystyczną o bardzo szerokim zakresie.

Do programu zjazdu włączone są: 1) przyjęcia oficjalne w Bukareszcie, 2) dwudniowe obrady w Konstancji, 3) wycieczki do miejscowości uzdrowiskowych Rumunji.

Uczestnicy zjazdu spotkają się ze strony organizatorów zjazdu w Bukareszcie z szeregiem udogodnień i przysługiwać im będą znaczne zniżki w opłacie za pobyt w Rumunji i za przejazd kolejami rumuńskiemi.

Naskutek bardzo serdecznego zaproszenia do udziału w zjeździe ze strony Komitetu Organizacyjnego Zjazdu, Związek Uzdrowisk Polskich podejmuje się zorganizowania wycieczki lekarzy i balneologów polskich na zjazd powyższy i w tym celu zwraca się do W. Pana z zapytaniem, czy W. Pan pragnąłby udać się na zjazd, sam czy też z żoną, panie bowiem proszone są o udział w zjeździe.

W razie wyrażenia życzenia wzięcia udziału w zjeździe Związek niezwłocznie prześle szczegółowy drukowany program zjazdu w języku francuskim.

Ze względu na konieczność ustalenia liczby uczestników, poczynienia starań o uzyskanie paszportów ulgowych, skomunikowanie się z biurem zjazdu, prosimy o odpowiedź *niezwłoczną*, gdyż zgłoszenia o udział w zjeździe przyjmowane będą tylko do dnia 30 kwietnia i tylko od tych, którzy przedtem nadeślą do Biura Związku 50 fr. fr. (17.75 zł.) jako opłatę za kartę uczestnictwa dla jednej osoby.

Po otrzymaniu zgłoszenia i należności za kartę uczestnictwa czynić będziemy starania o uzyskanie paszportów i przesyłać wszystkie dalsze komunikaty od Komitetu Organizacyjnego Zjazdu w Bukareszcie.

Z poważaniem:
Związek Uzdrowisk Polskich, Warszawa.
Dyrektor Biura Związku:
(—) *J. St. Szczerbińki.*

VI Zjazd Międzynarodowego Związku Przeciwgruźliczego.

Komitet Wykonawczy Międzynarodowego Związku Przeciwgruźliczego, w skład którego wchodzą: prof. Gunn w zastępstwie prof. Theobalda Smitha, prof. Calmette, dr. Dewez, prof. Raffaele Paolucci, sir Robert Philip, prof. Leon Bernard, sekretarz generalny i dr. F. Humbert, zastępca generalnego sekretarza, ustalił na posiedzeniu dn. 26.I b. r. w Paryżu prowizoryczny program VI-go Zjazdu Międzynarodowego, który odbędzie się w Rrzymie od 24—29 września b. r. pod auspicjami włoskiego związku przeciwgruźliczego. Wybór referentów, którzy mają opracować i wygłosić trzy piogramowe referaty z dziedziny gruźlicy, został dokonany jak następuje: 1) Temat biologiczny: „Postaci przesączalne zarazka gruźliczego" — prof. Calmette z instytutu Pasteura w Paryżu 2) Temat kliniczny: „Rozpoznawanie gruźlicy dziecięcej" — dr. Rocco Jemma, prof. uniwersytetu w Neapolu. 3) Temat społeczny: „Organizacja profilaktyki przeciwgruźliczej na wsi" — dr. Wiljam Brand, z angielskiego związku przeciwgruźliczego.

Liczba tematów, które będą przedmiotem dyskusji, została ściśle ograniczona do trzech wyżej wymienionych. Wszelkie doniesienia, niedotyczące wymienionych zagadnień, nie będą przyjęte.

Obok powyższych trzech tematów głównych będą wygłoszone (bez dyskusji) następujące referaty: 1) „Wspomnienie o Forlaninim" — prof. E. Morelli z uniwersytetu w Pawji. 2) „Leczenie chirurgiczne gruźlicy płuc" — prof. Brauer z Hamburga. 3) „Ubezpieczenia obowiązkowe od gruzlicy we Włoszech" — referent włoski. 4) „Organizacja przeciwgruźlicza w przemyśle medjolańskim" — referenci: prezes konfederacji przemysłu, inżynier i lekarz-inspektor fabryczny.

Zwiedzanie głównych ośrodków organizacji przeciwgruźliczej we Włoszech będzie udostępnione uczestnikom zjazdu od dnia 15 września b. r. Program wycieczek zostanie później ustalony i przesłany uczestnikom zjazdu.

Zapisy na Zjazd.

Członkowie Międzynarodowego Związku Przeciwgruźliczego są zaproszeni na Zjazd i otrzymują bezpłatnie sprawozdania.

Udział swój winni zgłosić za pośrednictwem Departamentu Służby Zdrowia (Min. Spraw Wewnętrznych) lub Polskiego Związku Przeciwgruźliczego (Warszawa, Chocimska 24) do dnia 15 lipca b. r.

W Zjeździe mogą wziąć również udział lekarze, którzy nie są członkami Międzynarodowego Związku Przeciwgruźliczego przedstawieni przez

Dep. Służby Zdrowia (M. S. W.) lub Polski Związek Przeciwgruźliczy, Chocimska 24.

Opłata za udział w Zjeździe wynosi 100 lirów od osoby.

Członkowie Zjazdu, którzy pragną wziąć udział w dyskusji i wypełnili powyższe warunki zapisu, mogą być zawczasu zgłoszeni za pośrednictwem Polskiego Związku Przeciwgruźliczego, o ile nadeślą odpowiednie zawiadomienia do dnia 15 lipca b. r. W dyskusji pierwszeństwo będą mieli ci uczestnicy zjazdu, którzy się wcześniej zapiszą do głosu.

Uchwały Polskiego Lekarskiego Towarzystwa Radjologicznego.

W dniu 26.XI.1927 r. odbyło się Walne Zebranie członków Polskiego Lekarskiego Towarzystwa Radjologicznego, na którem uchwalono:

1. Walne Zebranie członków P. L. T. R. potępia anonimowe prowadzenie zakładów rentgenologicznych t. j. prowadzenie ich bez podawania nazwiska lekarza kierującego i odpowiedzialnego, lub też z podaniem nazwiska fikcyjnego.

Zebranie uważa, że takie prowadzenie zakładów obniża powagę rentgenologji lekarskiej i jest szkodliwe zarówno dla interesów ogółu radjologów polskich, jak i dla nauki polskiej wogóle.

Uchwała powyższa odnosi się także i do orzeczeń ren-tg. rozpoznawczych.

2. Walne Zebranie uważa, że w warunkach dzisiejszych w Polsce stałe zatrudnianie w zakładach rentgenologicznych lekarzy cudzoziemców jest niczem nieusprawiedliwione i powinno być surowo potępione. Dyskwalifikuje ono rentgenologję polską wobec zagranicy i jest sprzeczne z prawami państwowemi.

Zebranie wzywa członków Towarzystwa do bojkotowania Zakładów, które nie zechcą zastosować się do powyższej uchwały.

3. Załatwianie praktyki prywatnej (płatnej) nawet pod pretekstem ambulatoryjnej, w Zakładach Użyteczności Publicznej, państwowych i miejskich powinno być niedopuszczalne.

Walne Zebranie wzywa Zarząd P. L. T. R. do wszczęcia kroków u czynników miarodajnych do ostatecznego uregulowania tej kwestji.

Jubileusz zasłużonego lekarza.

Wybitny psychoanalityk wiedeński dr. Wilhelm Stekel obchodzi w marcu r. b. sześćdziesiątą rocznicę swych urodzin. Wydał wiele prac naukowych, z których najbardziej znane są „Harnsaure und kein Ende", „Aeskulap als Harlekin", „Koitus im Kindesalter", „Sprache des Traumes", „Nerwöse Angstzustände und ihre Behandlung", „Störungen des Trieb — und Affektlebens", „Zwang und Zweifel" i wiele innych. Stekel pisywał również poezje i dramaty. Jest również kompozytorem.

Mimo swych 60-ciu lat zajmuje się z zapałem medycyną, w chwilach wolnych uprawia z zamiłowaniem sporty.

W roku 1912 poróżnił się z Freud'em.

Członek Zarządu Warszawskiego Towarzystwa Neurologicznego Dr. med. Edward Flatau otrzymał pismo z Ameryki, które brzmi w przekładzie jak następuje.

Dn. 12 lutego 1928 r. New-Jork.

AMERYKAŃSKIE TOWARZYSTWO NEUROLOGICZNE.

Szanowny Panie Doktorze.

Zarząd Amerykańskiego Towarzystwa Neurologicznego jest zdania, że chwila obecna sprzyja zaprojektowaniu Międzynarodowego Kongresu Neurologicznego, któryby się odbył latem 1931 r. Niżej podpisani powołani zostali jako Komitet.

Przedewszystkiem Komitet pragnie wiedzieć, czy projekt ten spotka się z uznaniem naszych Kolegów z innych krajów i jakie miejsce dla Kongresu byłoby ewentualnie najdogodniejsze i możliwe do przyjęcia dla wszystkich zainteresowanych.

Jakkolwiek neurolodzy Amerykańscy byliby szczerze radzi przyjąć swych Kolegów w Stanach Zjednoczonych, przypuszczają jednak, że Kongres Międzynarodowy będzie miał zapewnioną większą frekwencję, jeśli odbędzie się w bardziej centralnie położonym i dostępniejszym kraju, np. w Szwajcarji lub Holandji.

Najdogodniejszą porą wydawałby się nam ostatni tydzień sierpnia lub pierwszy tydzień września. Koledzy z Europy będą mogli zapewne uzgodnić ten termin z okresem swych wakacji, zaś neurolodzy Amerykańscy biorąc udział w Kongresie zdążą powrócić do Ameryki w czasie, gdy zwykle rozpoczynają swą pracę jesienną.

Komitet zwraca się do WPana z prośbą, aby poruszyć tę sprawę na łamach krajowej prasy lekarskiej i neurologicznej i poddać ją dyskusji na zebraniach lekarskich. Komitet prosi także o powołanie w możliwie najbliższym czasie conajmniej 2 delegatów z każdego kraju, celem szczegółowego omówienia ogólnych planów Kongresu. Komitet prosi o wypowiedzenie się, czy jest wskazane lub konieczne spotkanie się tych delegatów latem 1928 r. dla sformułowania ogólnego programu. Ze względu na to, że czasu jest poddostatkiem, Komitet Amerykański jest zdania, że wszelkie porozumienia wstępne mogą być załatwione drogą listowną.

Jeśli myśl przedstawiona w niniejszym liście spotka się z uznaniem, Komitet Amerykański w najbliższym czasie zwróci się z prośbą o złożenie wniosków dotyczących utworzenia Komitetu Generalnego, liczby dni poświęconych na Kongres, powołania Komitetu Programowego, i wszelkich innych szczegółów, które mogą być wzięte pod uwagę, aby zapewnić Kongresowi Międzynarodowemu powodzenie. Mile widziane będą wnioski w sprawie miasta, w którem Kongres mógłby się odbyć. Koledzy znający

dobrze warunki miejscowe będą mogli udzielić nam swych cennych wskazówek.

Oczekując rychłej odpowiedzi na niniejszy list ankietowy, który rozsyłamy do licznych przedstawicieli neurologji w krajach Europy, Azji i Ameryki Południowej

pozostajemy etc.

Komitet:

(—) *B. Sachs*, New-York, Prezes,
Charles L. Dana, New-York,
Frederick Tilney, New-York,
Theodor Weisenburg, Philadelpbia,
(—) *Henry Alsop Riley*, New-York, Sekretarz.

GENERALNY KOMITET OBRONY USTAWY PRZECIWALKOHOLOWEJ.

Wobec wiadomości podanych w prasie o wydaniu przez Ministerjum Skarbu okólnika do Izb Skarbowych w sprawie wstrzymania likwidacji nadmiernej liczby koncesyj alkoholowych, oraz tych koncesyj, które powinny być cofnięte na podstawie administracyjnych orzeczeń karnych, a to z powodu zamiaru znowelizowania Ustawy Przeciwalkoholowej w nowym, mającym być wybranym Sejmie — Zarząd Główny Polskiego T-wa Walki z alkoholizmem „Trzeźwość" zwołał w dniu 10-ym stycznia 1928 r. naradę poświęconą sprawie zwalczania alkoholizmu i obrony Ustawy Przeciwalkoholowej.

W naradzie wzięli udział wybitni przedstawiciele polskiego ruchu przeciwalkoholowego z Warszawy, Krakowa, Lwowa i innych miejscowości.

W wyniku całodziennych obrad postanowiono przystąpić do zawiązania generalnego Komitetu Obrony Ustawy Przeciwalkoholowej.

Pierwszym krokiem zawiązującego się Komitetu jest ogłoszenie odezwy do społeczeństwa w związku z nadchodzącymi wyborami do Sejmu i Senatu. Odezwa ma brzmienie następujące:

ODEZWA.

Wielka klęska społeczna, jaką jest pijaństwo — alkoholizm szerzy się w wolnej Polsce w sposób coraz bardziej zastraszający.

Nieprzeliczone ofiary nałogu tracą zdrowie i życie, zdolność do pracy, zarobki swoje i majątek, gubią uczciwość i duszę, a co najgorsze powodują zwyrodnienie potomstwa.

Zło pogłębia się przez to, że coraz częściej spotykamy się z pijaństwem wśród kobiet i dzieci, wobec czego fatalne skutki zwyczajów pijackich zagrażają już całemu narodowi.

W celu zwalczania alkoholizmu wydana została w roku 1920-ym Ustawa Przeciwalkoholowa, ale niewykonywana należycie, nie może spełnić swego doniosłego zadania: otrzeźwienia narodu.

Jednocześnie sfery zainteresowane: szynkarze i wielki kapitał alkoholowy dążą do zniesienia tej zbawiennej Ustawy, licząc, że dokona tego nowy Sejm.

Czy można do tego dopuścić? Czy można pozwolić, aby w Polsce wolnej i demokratycznej bezkarnie i bez ograniczeń rozpajano ogół ludności, aby ofiary pijaństwa w niesłychanej liczbie zapełniały nadal szpitale, przytułki, zakłady dla nieuleczalnych, więzienia i zakłady psychjatryczne?...

Do tego nikt, kochający Ojczyznę dopuścić nie może.

Wzywamy zatem społeczeństwo, aby przy nadchodzących wyborach żądało od stronnictw politycznych, od kandydatów na posłów i senatorów jasnego i stanowczego oświadczenia się za utrzymaniem Ustawy Przeciwalkoholowej bez zmian, w całej pełni, oraz za ścisłem i energicznem jej wykonywaniem, a to w imię dobra publicznego i najżywotniejszych interesów Najjaśniejszej Rzeczypospolitej.

76 podpisów osób i instytucyj.

Warszawa, 17 lutego 1928 roku.

XIII. ZJAZD LEKARZY I PRZYRODNIKÓW POLSKICH.

(Komunikat № 1).

W myśl uchwały, powziętej na XII Zjeździe z 1925 r. następny Zjazd Lekarzy i Przyrodników Polskich odbędzie się w Wilnie w 1929 r. Do Prezydjum Komitetu Organizacyjnego Zjazdu Delegacja Stała powołała z szeregu swych członków prof. dr. A. Januszkiewicza i prof. dr. Władysława Dziewulskiego, na Sekretarza Generalnego został zaproszony prof. dr. K. Michejda, na Redaktora Naczelnego — prof. dr. W. Jakowicki na Skarbnika — dr. W. Bądzyński.

Ścisły termin Zjazdu został wyznaczony przez Delegację Stałą w porozumieniu z Komitetem Organizacyjnym na dnie 26—29 września 1929.

Po zakończeniu przygotowawczych czynności w organizacji Wydziału Naukowego będzie podany wykaz gospodarzy i sekretarzy sekcji w najbliższym komunikacie.

Za Delegację Stałą Zjazdu

Doc. dr. *T. Janiszewski* — Sekretarz

Prof. dr. *S. Ciechanowski* — Przewodniczący

Za Komitet Organizacyjny Zjazdu

Prof. dr. *K. Michejda* — Sekretarz Generalny

Prof. dr. *A. Januszkiewicz* — Przewodniczący

NEUROLOGJA POLSKA. NEUROLOGIE POLONAISE.

TOM XI. — ZESZYT I.

Treść:

Sommaire:

Redaktor: JAN KOELICHEN (Nowy Świat 35).

Druk. Instytutu Głuch. i Ociemn. w Warszawie, Pl. Trzech Krzyży 4/6.

Résumé français.

Sur l'application du lipjodol au diagnostic des afféctions médullaires par **L. E. Bregman** et **P. Szpilman - Neuding** (du service du dr. **Bregman** à l'Hôpital Czyste-Varsovie).

Les auteurs s'occupent des erreurs que surviennent dans l'application du lipjodol au diagnostic des afféctions médullaires. Quelquefois elles résultent des conditions anatomiques, par exemple d'une seconde tumeur située plus haut que la tumeur extirpée, de la forme de la tumeur, des adhésions méningeales etc. Dans une observation personelle la distance entre le lipjodol supérieur et inférieur était très grande, comme dans les tumeurs intramédullaires: en réalité on trouve une tumeur extramédullaire et au dessus d'elle une accumulation cystique du liquide.

L'erreur est plus sérieuse là où l'arrêt du lipjodol ne répond pas à la situation anatomique revélée par l'operation ou la nékropsie. Le lipjodol arrêté se présente alors comme masse unique, ressemblant parfaitement à ce qu'on trouve dans la blocade totale par une tumeur: les auteurs l'ont vu dans un cas de sclérose en plaques, l'opération ne révela rien pouvant justifier l'arrêt. Dans un autre cas — une myélite funiculaire à base anémique—le lipjodol se presantait en gouttes et bandes disseminées comme dans les processus méningéales. La même forme se trouva dans un cas de lésion de queue de cheval comprimée par une suppuration à l'exterieur de la dure mère dépendant d'une ostéo myelite lombaire purulente postinfectieuse la compression de la queue n'etait pas suffisante pour causer un arrêt total du lipjodol, en lui permettant de passer lentement entre les filets de la queue.

Le rèsultat négatif de l'épreuve lipjodolique ne prouve pas qu'il n'y a pas de tumeur. Dans un cas des auteurs le premier lipjodol tomba dans le cul de sac sacral, le second — injecté au bout de 3 mois — s'arrêta: l'opération révela une tumeur extramédullaire. La valeur de l'arrêt temporaire du lipjodol n'est pas à negliger. Pour la mettre au jour *Bregman*

proposa en 1924: comme dernièrement *Peiper'* de mettre le malade en position declive. Bien souvent le lipjodol nous rend possible le contrôle des effets thérapeutiques, d'une cure spécifique (une observation personnelle), de la radiotherapie et même des échecs d'une intervention chirurgienne,

S. Bau - Prussak et **N. Mesz.** *La myelographie lipiodolée.* (Du service des maladies nerveuses du Dr. E. Flatau et du service rentgenologique du Dr. N. Mesz à l'hôpital Czyste à Varsovie).

Nous avons appliqué l'épreuve lipiodolée de *Sicard* et *Forestier* dans 125 cas d'affections differentes de la moelle et des vértèbres et notamment: dans les tumeurs medullaires (16), dans le kyste arachnoïdien (1), dans la syphilis médullaire (6), dans la sclérose en plaques (3^0), dans la myelite aiguë et subaiguë (5), dans la myélose funiculaire (3), dans la sclérose laterale amyotrophique (1), dans la syringomyelie (4), dans les sciatiques, probablement symptomatiques (4), dans les affections médullaires de nature indeterminée (3), dans les tumeurs des vértèbres (29), dans une tumeur extravértèbrale, (lymphosarcome mediastinal, pénétrant dans le canal rachidien) (1), dans les spondylites (16), dans les affections traumatiques des vértèbres (4), dans la spina bifida occulta (1).

Dans tous les cas des tumeurs médullaires l'épreuve lipiodolée était positive. Comme l'ont démontré les autopsiés et les cas operés (13), l'endroit d'arrêt du lipiodol correspondait à la localisation de la tumeur

Dans 7 cas des tumeurs extra-médullaires le lipiodol injecté par voie endolombaire, en position de Trendeleuburg, s'arrêta sous l'image caractéristique pour ce groupe des tumeurs, tandis que l'image du lipiodol sousoccipital était telle, que l'on voit dans les adhérences méningées.

Dans 2 cas des tumeurs intramédullaires la figure lipiodolée rapelle celle des lignes longitudinales, festonnées des anteurs français.

Dans un cas de kyste arachnoïdien le lipiodol s'arrêta d'une façon caractéristique pour la tumeur extra médullaire.

Dans la pachyméningite hypertrophique syphilitique ainsi que dans la meningo-myélite syphil. l'image lipiodolée correspond a celle des adhérences ménigées (dans ce dernier cas le lipiodol forme une sphére à base légèrement aplatie).

Dans la sclérose en plaques la chute du lipiodol était complète, ou il s'arrétait partiellement sous forme des gouttes et des bandes des dimensions différentes, ce qui correspond le plus probablement à des minces adhérences intermeningées.

Dans les autres affections medullaires de nature non compressive, l'épreuve lipiodolée etait negative.

Dans les affections vertebrales (tumeurs, spondylites tbc, actinomycose) le lipiodol (sousarachnoïdien) s'arrêta dans la plupart des cas. Les images ne presantaient point de traits caracteristiques pour ces groupes morbides.

Dans les processus traumatiques de la colonne vértébrale on a reussi de montrer à l'aide du lipiodol des adhérences méningées comme consecutives aux hemorrhagies meningées (longues bandes d'aspect d'une clépsidre). L'injection du lipiodol dans l'éspace sous - arachnoïdien provoque dans certains cas de la fiévre des douleurs radiculaires, de la retention des urines. Ces signes dispareîssent aprés 24—48 heures. Dans les cas operés ou à l'autopsie nous n'avons jamais vu des adhérences provoquées per le lipiodol.

Se basant sur notre experience personnele et sur les données de la literature nous pouvons dire, que l'épreuve lipiodolée peut être considerée comme une methode auxiliere trés préçieuse, rendant des grands services pour la localisation segmentaire des tumeurs medullaires ainsi, que pour le diagnostique différentiel entre les tumeurs et d'autres affection de la moélle épiniére surtout la sclérose en plaques.

Dans les cas, ou l'ombre du lipiodol supérieur ne suffit pas pour differencier la tumeur des adhérences méningées il faut en outre injecter le lipiodol par voie endolombaire en position de Trendelenburg.